

лезни, связанные с мутациями митохондриальной ДНК: наследственная атрофия зрительных нервов Лебера, синдром NARP (нейропатия, атаксия, пигментный ретинит), синдром MERRF (миоклонус-эпилепсия с \"рваными\" красными волокнами в скелетных мышцах), синдром MELAS (митохондриальная энцефаломиопатия, лактат-ацидоз, инсультоподобные эпизоды), синдром Кирнса-Сейра (пигментный ретинит, наружная офтальмоплегия, блокада сердца, птоз, мозжечковый синдром), синдром Пирсона (поражение костного мозга, панкреатическая и печеночная дисфункции), др. В меньшей степени изучены наследственные митохондриальные дефекты, связанные с повреждением ядерного генома: болезнь Асперса, Барта, Лея, Менкеса, синдромы недостаточности карнитина, некоторых ферментов цикла Кребса и дыхательной цепи митохондрий. Для установления диагноза митохондриальной болезни проводится ряд диагностических тестов: значение соотношения лактат/пируват в плазме; значение соотношения кетоновых тел в плазме; количественный анализ аминокислот плазмы; анализ профиля ацилкарнитинов; количественный анализ органических кислот мочи; исследование цереброспинальной жидкости; биопсия скелетных мышц; наиболее информативным является исследование активности ферментов. Каждый из перечисленных тестов не является абсолютным. Необходима их комплексная оценка с повторами в сочетании с клиническими данными. Лечение митохондриальных болезней, несмотря на 15-тилетний эмпирический опыт, остается не до конца решенной проблемой. К настоящему моменту сложились следующие принципы лечения: 1. Введение акцепторов электронов и кофакторов: убихинон (4,5 мг/кг/день перорально); идебенон (аван, 5 мг/кг/день перорально); тиамин (300 мг/день); рибофлавин (50-200 мг/день перорально), менадион (1,1-1,5 мг/кг/день). 2. Введение антиоксидантов: аскорбиновая кислота (57 мг/кг/день перорально); витамин Е (200-400 IU/день). Все приведенные дозы – педиатрические.

Гиль И.В., Павлюкевич Е.В., Гаджиева Ф.Г., Сенько В.И.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

По данным некоторых исследователей около 20% крупных артериальных стволов верхней конечности имеют нетипичное расположение и ветвление. Плечевая артерия является непосредственным продолжением подмышечной артерии и на плече располагается в *sulcus bicipitalis medialis*, следуя по направлению к локтевой ямке, где делится на свои конечные ветви – *a. radialis* и *a. ulnaris*. Довольно часто на плече встречается высокое деление плечевой артерии или даже отхождение локтевой артерии от подмышечной артерии. Ветви плечевой артерии могут отходить самостоятельно и общими стволами, по магистральному и рассыпному типу. Путем макро- и микропрепарирования нами исследованы особенности хода плечевой артерии и её ветвей. В ходе работы проанализирована анатомия этих артерий у 18 трупов взрослых людей, описан ход и топографо-анатомические особенности плечевой артерии и её ветвей. Так, *a. collateralis ulnaris superior* отходила от задне-медиальной стороны плечевой артерии, чаще в пределах верхней средней четверти плеча, реже выше или ниже этого уровня. *A. collateralis ulnaris inferior* в большинстве случаев отходила от задне-медиальной стороны плечевой артерии в нижней трети плеча и направляется вниз по передней поверхности плечевой мышцы. Кожные и мышечные артериальные ветви, отходящие от плечевой артерии и её ветвей по нашим данным чаще вступали в короткую головку двуглавой мышцы у её латерального края. Варибельное строение артерий конечностей имеет диагностическое и практическое значение при оперативных вмешательствах, диагностических процедурах, а также судебно-медицинской и патологоанатомической практике при проведении дифференциальной диагностики между вариантами нормы и патологией.