

Выводы:

1. Наибольший диаметр подколенная артерия имеет в средней трети – 6,8 мм.
2. Наибольшее количество артерий отходит от средней части подколенной артерии – 2,3.
3. Наибольший диаметр имеет медиальная (средняя) коленная артерия (2,9 (2-4)) мм, чуть меньше – верхняя медиальная коленная артерия (2,84 (2,5-4)) мм, а наименьший диаметр наблюдается у нижней латеральной коленной артерии (2 (1,5-4)) мм.
4. Выявлены 5 вариантов ветвления коленных артерий: 1, 2b, 2c, 3c, 4.
5. Установлены половые различия ветвления подколенной артерии: среди женщин наиболее часто встречается тип 1, среди мужчин – типы 2b и 4.
6. В зависимости от стороны исследования установлено, что для левых нижних конечностей характерны типы 1, 2b, 3c, для правых – тип 1.

Выявленные варианты анатомии, топографии и морфометрических показателей ветвей подколенной артерии необходимо учитывать в клинической практике хирургов при оперативных вмешательствах на коленном суставе.

Литература

1. Shahid, Sh. A cadaveric study of the branching pattern and diameter of the genicular arteries: a focus on the middle genicular artery / Sh. Shahid, N. [et al.]. – 2015. – P. 8.

БИОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Юргелевич В. А., Иванцов А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Введение. Наружное ухо человека, или ушная раковина, – хорошо известная часть нашей слуховой сенсорной системы и характеризуется двусторонней симметрией, как и большинство частей человеческого тела. Анатомия ушной раковины относительно сложна по сравнению с остальными частями человеческого тела, с сильно изогнутыми и переплетенными структурами. Его форма, однако, далека от произвольной и эволюционировала для обеспечения пространственной локализации звуков [1]. Другим, менее известным аспектом формы ушной раковины человека, является ее индивидуальная уникальность, которая показана в работе Альфреда Яннарелли, который сравнил более 10 000 ушей. Во всех его результатах не было двух неразличимых ушей; что дало ему возможность утверждать, что форма уха может использоваться как уникальная особенность для целей идентификации [2]. Это представляет большой интерес для судебной практики, где наряду с распознаванием отпечатков пальцев и лиц распознавание ушей – активная область биометрической аутентификации. Ухо состоит из одного фиброзного хряща со сложным рельефом на передней, вогнутой стороне и довольно

гладкой конфигурацией на задней, выпуклой стороне. Развитие уха у плода начинается вскоре после зачатия, и к 38 дню некоторые его части становятся узнаваемыми. Ухо перемещается в свое окончательное положение на 56 день, а форма уха может быть распознана на 70 день. Форма с тех пор фиксируется и никогда не меняется от рождения до смерти [4]. Человеческое ухо делится на наружную, среднюю и внутреннюю части. Ушная раковина – одна из пяти основных черт человеческого лица и особенно влияет на его внешний вид [3].

Целью нашего исследования была биометрическая оценка морфометрических параметров ушной раковины у представителей обоих полов.

Материал и методы. Для исследования были отобраны 50 фотографий ушной раковины студентов Гродненского государственного медицинского университета в возрасте 18-22 года, являющихся национально-этническими представителями Республики Беларусь. Фотографий лиц мужского пола было 10, женского – 40. На фотографиях с использованием программного обеспечения произведены следующие морфометрические измерения: От треугольной ямки до ладьи. От ладьи до противокозелка. От противокозелка до треугольной ямки. От межкочелковой вырезки до верхней ножки. От верхней ножки до Дарвиновского бугорка. От Дарвиновского бугорка до межкочелковой вырезки.

Результаты исследования. При сравнении размеров не выявлено статистически достоверных различий между правым и левым ухом как у мужчин, так и у женщин. Показатели у мужчин: от треугольной ямки до ладьи $2,08 \pm 0,13$ см, от ладьи до противокозелка $3,41 \pm 0,23$ см, от противокозелка до треугольной ямки $2,62 \pm 0,19$ см, от межкочелковой вырезки до верхней ножки $3,55 \pm 0,36$ см, от верхней ножки до Дарвиновского бугорка $2 \pm 0,18$ см, от Дарвиновского бугорка до межкочелковой вырезки $3,38 \pm 0,46$ см.

Аналогичные показатели у женщин составляли: от треугольной ямки до ладьи $2,09 \pm 0,19$ см, от ладьи до противокозелка $3,40 \pm 0,34$ см, от противокозелка до треугольной ямки $2,71 \pm 0,32$ см, от межкочелковой вырезки до верхней ножки $3,5 \pm 0,4$ см, от верхней ножки до Дарвиновского бугорка $1,95 \pm 0,36$ см, от Дарвиновского бугорка до межкочелковой вырезки $3,57 \pm 0,48$ см. Статистически достоверной разницы между размерами у мужчин и женщин не выявлено.

Выводы. Результаты настоящего морфологического исследования ушной раковины человека могут быть использованы в криминалистической области для идентификации личности путем выявления вариаций и комплексной оценки геометрии ушной раковины в разных возрастных группах.

Литература

1. Blauert, J. Spatial Hearing: The Psychophysics of Human Sound Localization. HongKong: MIT Press; 1997. –P.445.
2. Iannarelli AF. Forensic identification series: ear identification. California: Paramount Publishing Company; 1989. –p. 5.
3. Purkait, R. Anthropometry of the normal human auricle: a study of adult Indian men./Purkait R, Singh P. // Aesthetic Plast Surg. –2007. –Vol.31, №(4).– P.371–379.

4. Standring S, Barley NR, Collins P, et al. Gray's Anatomy. 40th edition. London: Churchill Livingstone; 2008. External ear; p. 618.

ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПОДНАДКОЛЕННИКОВОЙ ВЕТВИ ПОДКОЖНОГО НЕРВА ОТНОСИТЕЛЬНО КОСТНЫХ ОРИЕНТИРОВ

Юсифов Я. Э., Кубраков К. К., Бонцевич С. В.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Беларусь

Невропатическая боль в области надколенника – частое осложнение эндопротезирования и других хирургических вмешательств на коленном суставе [1, 2]. При этом число пациентов, которым выполняются такие манипуляции, ежегодно увеличивается. Поднадколенниковая ветвь подкожного нерва может быть пересечена при использовании разных хирургических доступов в области коленного сустава (например доступ по Кохеру) [3]. Данное осложнение может существенно влиять на течение послеоперационного периода. Часто прооперированные пациенты жалуются на боль в области коленного сустава, особенно при движении, что приводит к ограничению подвижности. У таких пациентов увеличиваются сроки восстановления и реабилитации [4].

Следовательно, при выполнении операционного доступа в этой области необходимо учитывать особенности топографии подкожного нерва [5].

Цель работы – определить варианты расположения (хода) поднадколенниковой ветви подкожного нерва относительно пальпаторно-определяемых костных анатомических образований.

Материал и методы. Исследование выполнено на 11 нижних конечностях, ампутированных в связи с некрозом голени и стопы у людей в возрасте 53-74 лет. Конечности фиксированы в 10% формалине. Выполнено анатомическое препарирование и морфометрия с использованием штангенциркуля, с точностью до 0,1 мм. В ходе препарирования подколенной области был выделен подкожный нерв от места выхода из приводящего канала, затем выделена поднадколенниковая ветвь до ее деления на мелкие конечные ветви. Затем произведены замеры удаления подкожного нерва, его поднадколенниковой ветви относительно пальпаторно-определяемых костных анатомических образований. Количественные данные сгруппированы в таблицу вертикальных и горизонтальных размеров.

В качестве пальпаторно-определяемых костных анатомических образований выбраны основание надколенника (basis patellae), наивысшая точка надколенника, верхушка надколенника (apex patellae), бугристость большой берцовой кости (tuberositas tibia) использована для измерения в двух плоскостях, медиальный край надколенника. Все измерения, кроме как в вертикальной плоскости от бугристости большой берцовой кости, были