

мм), чем у больных, страдающих ВМК (61,04 мм,  $p < 0,001$ ), ИМ (61,16 мм,  $p < 0,001$ ) и ТИА (56,53 мм,  $p < 0,05$ ).

Подобная закономерность наблюдалась и в возрастном интервале 65–74 года: у женщин с ВМК (55,33 мм,  $p < 0,01$ ), с ИМ (58,54 мм,  $p < 0,001$ ), с ТИА (64,30 мм,  $p < 0,001$ ) против 41,58 мм – среди лиц контрольной группы. И в возрасте 75 лет и старше жировое отложение на конечностях у здоровых составило 39,35 мм, в то время как у больных с ВМК – 53,69 мм ( $p < 0,001$ ), ИМ – 54,33 мм ( $p < 0,01$ ) и ТИА – 50,47 мм ( $p < 0,01$ ).

При сравнительном анализе средних значений жирового отложения на конечностях в группах больных с цереброваскулярной патологией было отмечено достоверное повышение этого показателя у женщин в возрасте 65–74 лет, перенесших ТИА (64,30 мм), относительно больных с ВМК (55,33 мм,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, в ходе исследования выявлены достоверные различия в характере распределения жировой клетчатки у женщин с сосудистыми заболеваниями головного мозга по сравнению с контрольной группой. Выявленные закономерности изменчивости морфологических показателей могут быть использованы в клинической практике для создания концепции конституциональных моделей предрасположенности к сосудистым заболеваниям головного мозга, а также помогут специалистам геронтологического центра при разработке профилактических мероприятий по охране здоровья населения.

#### **Литература:**

1. Валеология с основами антропологии: учеб.-метод. пособие / сост. В.В. Радыгина, Т.Л. Гурбо. – Минск: БГПУ, 2004. – 76 с.
2. Корнетов, Н.А. Клиническая антропология – методологическая основа целостного подхода в медицине / Н.А. Корнетов // *Biomedical and biosocial anthropology*. – 2004. – №2. – С. 101–105.
3. Морфология человека: учеб. пособие / под ред. Б.А. Никитюка, Б.А. Чтецова. – 2-е изд., перераб. доп. – М.: МГУ, 1990. – 344 с.

### **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ И ЕЁ ВЕТВЕЙ**

**Гаджиева Ф.Г., Засимович Т.В., Павлюкевич Е.В., Гиль И.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Вариабельное 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.

Варианты ветвления сосудов верхней конечности являлись предметом изучения многих анатомических исследований в связи с их высокой частотой. По литературным данным около 20% крупных артериальных стволов верхней конечности имеют нетипичное расположение и ветвление.

Такая вариабельность артерий верхней конечности может быть вызвана разными причинами, среди которых: химические факторы, гемодинамические

силы, позиция плода в матке, генетическая предрасположенность и изменения в процессе развития.

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. *A. profunda brachii* может начинаться от плечевой или подмышечной артерии, самостоятельно или общим стволом с другими артериями. *A. collateralis ulnaris superior* отходит от задне-медиальной стороны плечевой артерии, чаще в пределах верхней средней четверти плеча, реже выше или ниже этого уровня. *A. collateralis ulnaris inferior* начинается 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 данным ряда авторов вступают в короткую головку двуглавой мышцы у её латерального края, а в длинную головку – у медиального края задней поверхности этой мышцы.

Отдельно необходимо остановиться на так называемой поверхностной плечевой артерии. *A. brachialis superficialis* определяется как плечевая артерия, располагающаяся на поверхности срединного нерва, в то время как в большинстве случаев плечевая артерия проходит позади срединного нерва, занимая более глубокое положение. Впервые это понятие ввел Adachi. Keen предположил, что поверхностная плечевая артерия является высоко начавшейся лучевой артерией. Kodama описал случай, когда лучевая артерия являлась продолжением *a. superficialis brachii*, а локтевая артерия непосредственным продолжением плечевой артерии. Rodriguez-Baeza et al. выявил несколько случаев анастомозирования поверхностной плечевой артерии с лучевой артерией в локтевой ямке. Jayakumari et al. описал 2 случая удвоения подмышечной артерии, при этом подмышечная артерия I располагалась медиально от срединного нерва и на плече продолжалась в поверхностную плечевую артерию I, а подмышечная артерия II имела более глубокий ход -латерально и позади срединного нерва – и продолжалась в плечевую артерию II. В локтевой ямке обе плечевых артерии анастомозировали в общий ствол, от которого уже и начинались лучевая и локтевая артерии.

Поверхностная плечевая артерия классифицируется на три типа [по Yang et al.]: тип I – поверхностная плечевая артерия делится на лучевую и локтевую артерии в локтевой ямке; тип II (или поверхностная лучевая артерия) – поверхностная плечевая артерия продолжается в лучевую артерию; тип III – тонкая поверхностная плечевая артерия, которая заканчивается на плече.

Частота встречаемости поверхностной плечевой артерии по данным ряда авторов колеблется от 0,1% до 12,2% случаев. Чаще данная артерия присутствует на правой конечности.

Знание вариантной анатомии сосудов плеча является очень важным, особенно при выполнении оперативных вмешательств на данной области, канюли-

рования и стентирования подмышечной и подключичной артерии из плечевого доступа, плечевой венесекции.

#### **Литература:**

1. An anatomical study of double brachial arteries – a case report / B. Krstonosic [et al.] // International Journal of Anatomical Variations. – 2010. – № 3. – P. 6-8.
2. Development of the arterial pattern in the upper limb of staged human embryos: normal development and anatomic variations / M. Rodriguez-Niedenfuhr // J Anat. – 2001. – № 199. P. 407–417.
3. Bifurcation of axillary artery in its 3rd part – a case report / V. Patnaik [et al.] // J Anat Soc India. – 2001. № 50. P. 166–169.
4. Arterial, neural and muscular variations in the upper limb / N. Coskun [et al.] // Folia Morphol (Warsz). – 2005. № 64. – P. 347–352.
5. High origin of a superficial ulnar artery arising from the axillary artery: anatomy, embryology, clinical significance and review of the literature / K. Natsis [et al.] // Folia Morphol (Warsz). 2006. – № 65. P. – 400–405.

### **ТЕХНИКА КРАНИОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ И ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА**

**Гончарук В.В., Сидорович С.А., Смолко Я.Е.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В специальной литературе, посвященной вопросам краниологии, проблема информационной значимости отдельных признаков и их комплексов обсуждается уже давно [2,3,4], а поиск наиболее информативных признаков и их систем с помощью новых технических и статистических методов является одним из актуальных направлений современной антропологии, и ведется как отечественными, так и зарубежными учеными [2,5]. Многомерная статистическая оценка краниометрических данных может дать более полное представление об изменчивости и таксономической структуре всей краниофациальной системы, что крайне важно как для сравнительных исследований, так и для работы с фрагментарным анатомическим материалом. В своей работе мы поставили цель разработать некоторые новые методики для изучения объема глазницы, площадей естественных отверстий черепа и объемов черепных ямок.

Для определения объемов и размеров глазницы череп устанавливался в ушно-глазничной плоскости.

Объем глазницы ( $V$ ) определялся двумя способами:

1. Классический метод, основанный на формуле вычисления объема правильной четырехгранной пирамиды. При этом принимается допущение, что орбита – это своего рода пирамида, основание которой совпадает с плоскостью входа в неё, в качестве вершины этой пирамиды принято считать середину foramen opticum – зрительного отверстия, расположенного у основания малого крыла клиновидной кости.