

Крайне редко существует вариант, при котором основной ствол наружной сонной артерии отсутствует. Такой вариант считается состоявшимся, если основные ветви наружной сонной артерии отходят от общей сонной артерии, а собственно ствол данной артерии отсутствует (М.А.Тихомиров, 1900г.).

ВНУТРЕННЯЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ – основная артерия, несущая кровь в интракраниальные отделы черепа и кровоснабжающая головной мозг. Артерия начинается от бифуркации общей сонной артерии и до входа в наружное сонное отверстие ветвей не имеет. По топографо-анатомическому положению принято выделять 4 отдела внутренней сонной артерии: 1) шейный, 2) канальный, 3) пещеристый, 4) внутричерепной. Длина внутренней сонной артерии, от бифуркации до входа в сонный канал, составляет в среднем 5,8 см, от бифуркации до угла нижней челюсти около 2,8 см, от бифуркации до заднего брюшка двубрюшной мышцы 2,7 см. Внутренняя сонная артерия располагается в одноименном костном канале, который закладывается еще во внутриутробный период жизни и после рождения практически не изменяется. Окончательное формирование канала заканчивается к 18-19 годам. Длина отрезка внутренней сонной артерии в канале колеблется от 5 до 30 мм, составляя в среднем 10 – 15 мм.

Одним из наиболее малоизученных и загадочных заболеваний сонных артерий является патологическая извитость. Виды патологической извитости сонных артерий: кинкинг, койлинг, удлинение артерии. Описание этих феноменов требует большей детализации и расширения знаний о вариантной анатомии сонных сосудов.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ДУГИ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак

Изучение новых особенностей анатомического строения дуги аорты и ее ветвей не теряет актуальность в настоящее время.

Цель исследования - обобщить имеющиеся данные об анатомии дуги аорты и её ветвей в отечественной и зарубежной литературе.

Объектом исследования послужили 11 литературных источников.

Анализ многочисленных исследований скелетотопии дуги аорты позволяет сделать вывод, что с возрастом она изменяется как в диаметре, так и в проекции по отношению к окружающим образованиям. Доказано, что чем старше человек, тем ниже располагается дуга аорты. У плода она находится на уровне устья плече-головного ствола, а в возрасте 25 – 30 лет дуга аорты проецируется на ThIII, при этом в возрасте 40 – 55 лет на межпозвоночный хрящ ThIV и на уровень ThIV и ThV в более старшем возрасте.

Г.А.Соколов (1965) выделил три основные формы дуги аорты:

1) нисходящую – наибольшая кривизна дуги аорты приходится на начало ее среднего изгиба, на остальном протяжении она как бы расправляется и плавно переходит в нисходящую аорту;

2) равномерно изогнутую – аорта плавно переходит сначала в дугу, затем в нисходящую часть;

3) восходящую – место наибольшей кривизны дуги аорты приходится на начало левой подключичной артерии или на дистальную часть дуги. Нисходящая форма, как

правило, встречается у плодов и новорожденных, равномерно изогнутая как у плодов, так и взрослых до 50 лет, восходящая – только после 50 лет.

У людей астенического типа телосложения дуга аорты круто изогнута и находится в косо-сагитальной плоскости. У гиперстеников дуга аорты уплощенной формы и расположена фронтально.

Обычно от дуги аорты ветви отходят в следующей последовательности: 1) плечеголовной ствол; 2) левая общая сонная артерия; 3) левая подключичная артерия. Подобное строение отмечается у 83,3 – 84% людей. Однако возможны и другие варианты: отхождение от дуги аорты пяти самостоятельных артерий (правая общая сонная артерия, левая общая сонная артерия, левая позвоночная артерия, левая подключичная артерия, правая подключичная артерия); плечеголовной ствол отходит не справа, а слева; имеются два плечеголовных ствола: правый и левый.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ НЕКОТОРЫХ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак

В последние годы тератология привлекает к себе пристальное внимание различных исследователей, о чем свидетельствуют многочисленные международные конгрессы и симпозиумы, а также тысячи публикаций по различным вопросам данной проблемы. Столь значительный интерес к врожденным порокам развития следует расценивать как: во-первых, тератология из науки описательной стала познавать этиологию пороков, что послужило предпосылкой к их профилактике; во-вторых, врожденные пороки занимают одно из ведущих позиций в структуре перинатальной и ранней детской смертности.

Анатомические особенности строения органов и систем могут оказать действенную помощь в диагностике и профилактике врожденных пороков развития и углубить знания по этой исключительно сложной и еще недостаточно изученной проблеме.

Цель работы – установление анатомических особенностей строения органов и артерий конечностей при некоторых множественных врожденных пороках развития.

Исследование выполнено с использованием макромикропрепарирования, инъекции артерий и рентгенографии на 4 трупах новорожденных обоего пола с врожденными пороками развития, и пяти новорожденных, умерших от асфиксии или родовой травмы с отсутствием видимых пороков развития.

В результате проведенного исследования описан ряд врождённых пороков развития. Выявленное сочетание патологических признаков не имеет описания в литературе. Это позволило расширить и углубить знания о вариантности фенотипического проявления пороков в условиях современности.

Установлено, что при множественном пороке развития (синдром Патау), причинами которого являются генетические факторы, при наличии наружных дефектов (расщелина верхней губы и твердого неба, полидактилия) имеются и аномалии артериального русла конечностей.

При множественных пороках развития, комбинированном воздействии генетических и тератогенных факторов или только тератогенных факторов, наружные