

## ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДОСТУПОВ К СОСУДИСТО-НЕРВНЫМ ПУЧКАМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

*Лобанова М.В., Доможилова Н.Е.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Жеребятьева С.Р.; ассистент Тимофеев В.Е.

Кафедра сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

**Актуальность исследования:** знание проекций основных сосудисто-нервных пучков верхней конечности необходимо для правильного выполнения доступов при оперативных вмешательствах, диагностических и лечебно-профилактических манипуляциях.

**Цель исследования:** изучить топографо-анатомические основы доступов к сосудисто-нервным пучкам верхней конечности, опираясь на знания топографической анатомии.

**Материалы и методы:** препарирование фиксированных верхних конечностей из фонда кафедры.

**Результаты:** проекционная линия (ПЛ) сосудисто-нервного пучка (СНП) плеча: от подмышечной впадины до середины локтевой ямки. Плечевая артерия — глубже и впереди от срединного нерва. ПЛ лучевого нерва и глубокой артерии плеча: от середины заднего края дельтовидной мышцы до нижнего конца наружной борозды плеча. Нерв глубже артерии. ПЛ локтевого нерва на плече: в проксимальной половине плеча соответствует внутренней борозде плеча, в дистальной — смещается к медиальному надмышелку плечевой кости. ПЛ латерального СНП предплечья: от середины локтевой ямки к внутреннему краю шиловидного отростка лучевой кости, далее на проксимальную половину «анатомической табакерки». ПЛ медиального СНП предплечья: от медиального надмышелка плечевой кости к латеральному краю гороховидной кости. ПЛ срединного нерва на предплечье: от локтевой ямки к середине расстояния между шиловидными отростками лучевой и локтевой костей. Далее проходит между лучевым сгибателем кисти (латерально) и длинной ладонной мышцей (медиально).

**Выводы:** доступ к сосудисто-нервным пучкам обусловлен их анатомией и топографией и производится с учетом проекционных линий сосудов и нервов в месте предполагаемого хирургического вмешательства.

### Литература

1. Практикум по топографической анатомии. Учебное пособие/В.П. Юрченко, И.Г. Жук. Гродно: издательство ГГМУ, 2003. 93с.
2. Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. М.: ГЭОТАР МЕД, 2001. Том 1. 832 с.

## КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Малахова М.Р., Алексеева О.С.*

Научный руководитель: д. м. н., доцент Павлов А.В.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

**Актуальность исследования:** необходимость в изучении особенностей в строении деталей нижней челюсти диктуется бурным развитием хирургической стоматологии и ортодонтии. Особое место среди них занимают операции по замене височно-нижнечелюстного сустава протезом.

**Цель исследования:** определить зависимость составных частей нижней челюсти, от параметров всего тела челюсти.

**Материалы и методы:** исследование выполнено на 10 препаратах нижней челюсти. С помощью метода цифровой фотометрии, было выполнено фотографирование препаратов в стандартной укладке. При помощи пакета ImageJ, измеряли основные параметры. При помощи сайта medstatistic.ru определяли корреляцию между полученными данными.

**Результаты:** в ходе исследования была обнаружена достоверная ( $p < 0,05$ ) корреляционная зависимость между шириной головки и шириной тела нижней челюсти: коэффициент корреляции Спирмена ( $\rho$ ) равен 1,000. Связь между исследуемыми признаками — прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока — функциональная. Критическое значение критерия Спирмена при данном числе степеней свободы составляет 0,648. Также достоверная корреляция была выявлена между шириной головки и шириной ветви нижней челюсти. При этом достоверная связь между шириной головки с длиной тела нижней челюсти не обнаружена.

**Выводы:** была выявлена достоверная функциональная взаимосвязь между некоторыми линейными размерами нижней челюсти: шириной тела, ветвей и высоты тела нижней челюсти.

#### Литература

1. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. Москва: Медицина, 2003. 640 с.

## РАЗВИТИЕ ОРГАНОВ МУЖСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

*Могилева А.С., Клименко Е.С.*

Научный руководитель: д.м.н, профессор Карелина Н.Р.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Введение:** органогенез является сложным и чувствительным процессом. Какое-либо нарушение может привести к врожденным аномалиям, а в частности к бесплодию у мальчиков, если сбой произошел в развитии половой системы. Понимание морфологических изменений при формировании мужской репродуктивной системы необходимо для установления причин возникновения пороков.

**Основная часть:** источником развития мужской половой системы являются половые валики — утолщения целомического эпителия, возникающие на 4 неделе гестации на медиальной поверхности первичных почек. Чуть ранее, у зародыша появляются первичные половые клетки, которые в дальнейшем мигрируют в половые шнуры — тяжи эпителия, растущие в мезенхимную строму первичной почки со стороны половых валиков. Нарушения миграции и последующего апоптоза половых клеток могут привести к возникновению тератом. На 6 неделе эмбриогенеза от мезонефрального (Вольфова) протока первичной почки отщепляется парамезонефральный (Мюллеров) проток. На этом этапе заканчивается индифферентная стадия развития половой системы, наблюдаемая у обоих полов, и начинается дифференцировка особей мужского или женского пола. В случае развития особи мужского пола Мюллеров проток подвергается инволюции. Половые шнуры превращаются в семенные каналы яичка, которые у новорожденного еще не извиты и имеют вид сплошных тяжей. Из верхней части Вольфова протока образуется придаток яичка, а из нижней части — семявыносящий проток. Дистальные концы половых тяжей, соединяясь с каналцами пронефроса, формируют выносящие каналы придатка. Простата и семенные пузырьки развиваются как выросты мочевого синуса.

**Заключение:** на первый взгляд развитие мужской половой системы кажется запутанным из-за наличия большого количества компонентов, участвующих в органогенезе, и связей между ними. Однако тщательное изучение механизмов и процессов дает ясное представление о формировании репродуктивной системы, а также позволяет увидеть критические моменты, в которых возможно возникновение аномалии, что несомненно важно в клинической практике врача.