

длина – 2,5 см, ширина желудочка –1см, а ширина предсердия – 1,3см.

Трахея состоит из 20-22 колец которые соединены связками. Легкие типичной формы, розового цвета. Масса легких составляет 1,5 г (вместе с трахеей).

Почка расположена в области 6-7 поясничного позвонка. Относится к типу гладких однососочковых. Масса обеих почек равна 2,15 г, а длина каждой – 1,5 см. Печень коричнево-желтого цвета. Масса составляет 4 г вместе с желчным пузырем. Селезенка типичной формы, масса 2 г. Язык длиной 3,5 см, а его масса 0,9 г.

В результате проведенных исследований были получены данные по особенностям морфологии ушастого ежа. Полученные данные дополняют сведения по данному виду животного.

УДК 611.8

**ФЕДУРО А.О., МАТЮЩЕНКО А.А.**, студенты (Республика Беларусь)

Научный руководитель **Петько И.А.**, ст. преподаватель

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» г. Витебск. Республика Беларусь

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА**

Невропатия седалищного нерва — одна из самых часто встречаемых моновневропатий, по своей частоте уступает лишь невропатии малоберцового нерва.

Седалищный нерв (*nervus ischiadicus*) — это самый крупный нерв человеческого тела, расположенный в ягодичной области под большой ягодичной мышцей и выходящий из таза через подгрушевидное отверстие. Седалищный нерв делится на два крупных ствола — большеберцовый нерв (*n. tibialis*) и общий малоберцовый нерв (*n. fibularis communis*). В большинстве случаев точка бифуркации седалищного нерва на эти ветви в области подколенной ямки, но возможны случаи отделения ветвей в средней трети голени, внутри таза, в ягодичной области.

Различия в строении седалищного нерва имеют важное практическое значение. При повреждении бедра на одном и том же уровне в одних случаях может быть нарушена целостность только одной части седалищного нерва, в других – всего ствола. В зависимости от этого будет наблюдаться различная клиническая картина. Также анатомические вариации этого нерва могут стать причиной синдрома грушевидной мышцы

Материалом исследования послужили 10 учебно-демонстрационных фиксированных трупов, предоставленных кафедрой анатомии человека ВГМУ. Проводилось препарирование ягодичной области, задней поверхности бедра от места выхода седалищного нерва до места его бифуркации на большеберцовый и малоберцовый нервы. Полученные данные после препарирования с учетом морфометрии, и фотографирования всех анатомических образований заносились в протоколы, по которым проводилась статистическая обработка данных.

При изучении длинных ветвей крестцового сплетения в 9 исследуемых случаях седалищный нерв выходил из-под грушевидного отверстия единым стволом, направлялся вниз вначале под большую ягодичную мышцу, затем располагался по срединной линии бедра между большой приводящей мышцей и двуглавой мышцей бедра. На середине бедра спускался между полуперепончатой мышцей и двуглавой мышцей бедра, достигая подколенной ямки. Между полуперепончатой мышцей и двуглавой мышцей бедра, достигая подколенной ямки. Нами был обнаружен атипичный вариант топографии правого седалищного нерва. Определили, что формирование седалищного нерва в единый ствол в полости таза было типичным, из передних ветвей спинномозговых нервов (L5-S1). На уровне грушевидной мышцы нерв разделялся на два ствола. Один из стволов проходил в подгрушевидном отверстии, другой – в надгрушевидном отверстии. Обогнув грушевидную мышцу, эти два ствола вновь сливались в единый ствол, длиной 10 см. Достигнув верхнего угла подколенной ямки единый ствол седалищного нерва разделялся на две ветви: более толстую медиальную – большеберцовый нерв, и более тонкую латеральную – общий малоберцовый нерв. Статистически достоверных отличий между диаметрами правого и левого седалищных нервов в области подгрушевидного отверстия и области их бифуркации не обнаружено.

В большинстве случаев место деления седалищного нерва соответствует месту бифуркации, описанному в основных источниках (нижняя треть бедра, верхний край подколенной ямки). В 10 % случаев область бифуркации располагается в подгрушевидном отверстии. В 10 % случаев область разделения на конечные ветви в верхней трети бедра. Длина правого и левого седалищного нерва статистически достоверно отличается. Установлено, что расстояние от большого вертела бедренной кости до седалищного нерва достоверно отличается между правой и левой сторонами тела.

Результатами нашего исследования стало то, что мы выявили редкий вариант разделения седалищного нерва на общий малоберцовый и большеберцовый нерв. Установлено, что длина седалищного нерва и уровень его разделения на общий малоберцовый и

большеберцовый нервы имеет выраженные индивидуальные различия. Указанные варианты анатомии седалищного нерва, являются клинически значимыми, так как при блокаде седалищного нерва без использования верификации методом ультразвуковой визуализации возможны осложнения в виде частичной блокады из-за введения анестетика ниже места бифуркации. Также быстрое распознавание хода седалищного нерва делает хирургические вмешательства более точными и эффективными, так как его топография тесно связана с различными структурами нижней конечности. Кроме того, надо отметить, патогенез синдрома грушевидной мышцы довольно часто ассоциируют с анатомическими вариациями деления седалищного нерва.

УДК: 614.8:539.16.047:619:614.211/.212

**ЦЫГАНОВ А.В.**, магистрант (Российская Федерация)

Научный руководитель **Гапонова В.Н.**, канд. вет. наук,

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет ветеринарной медицины», г. Санкт-Петербург, Россия

## **МОЩНОСТЬ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ДОЗЫ КАК ИНДИКАТОР РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ВЕТЕРИНАРНЫХ КЛИНИК.**

Ежегодное увеличение численности организаций, использующих техногенные источники ионизирующего излучения, увеличение радиационно-опасных объектов, физического старения радиационно-опасных объектов в крупных мегаполисах создают повышенный уровень радиационного фона в сравнении с данным показателем в сельской местности.

В соответствии с Нормами радиационной безопасности (НРБ-99) и Основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010) в организациях, где используется рентгенологическая установка, помимо периодического контроля таких показателей как освещенность и микроклимат, необходимо проводить регулярный мониторинг как уровня радиационного фона, так и мощности эквивалентной дозы.

Проведение дозиметрического и радиологического контроля в рентгенологических кабинетах является необходимым условием для обеспечения радиационной безопасности, как персонала, так и пациентов.

Целью исследования являлся контроль мощности эквивалентной дозы во время проведения рентгенологического исследования в помещениях ветеринарных клиник г. Санкт-Петербурга.