

кота домашнего не выражен). Ость заканчивается акромионом, от которого дорсо-каудально отходит надакромиальный отросток. Акромион длинный, опускается ниже суставной впадины. (У кота домашнего отростки короткие). На медиальной поверхности лопатки находится подлопаточная ямка. На ней прослеживаются продольные шероховатые линии, идущие от шейки до лопаточного хряща (Линии отсутствуют у кота домашнего).

Шейка лопатки толстая, длинная; лопаточная вырезка округлая и глубокая. Суставная впадина каплевидной формы, имеет кранио-медиальную вырезку. На медиальной поверхности надсуставного бугра расположен длинный коракоидный отросток, в виде изогнутого цилиндрического отростка (У кота домашнего отросток короткий).

Плечевая кость (os humerus) – длинная, трубчатая. Головка полукруглая, большой бугор толстый, расположен выше головки. Малый бугор находится на одном уровне с головкой. Между буграми находится широкий гладкий межбугорковый желоб. Дистально на гребне большого бугра расположена дельтовидная шероховатость для закрепления мышц (у кота домашнего выражена слабее).

На дистальном эпифизе плечевой кости краниально расположен блок с острыми гребнями и широким желобом между ними. С медиальной стороны выше блока находится овальное надмышцелковое отверстие, через него проходят срединный нерв и плечевая артерия (у кота домашнего отверстие небольшое, округлое). Прикрывая нерв и артерию, костная дуга переходит в медиальный надмышцелок, который сильно вытянут каудально. Латеральный надмышцелок менее выражен. Локтевая ямка глубже, чем у кота домашнего.

Вывод. Особенности строения лопатки и плечевой кости у лесного кота связаны со средой обитания. Животное обитает в лесах, добывает себе пищу и укрывается от охотников, поэтому кости массивнее, лучше выражены гребни и шероховатости для закрепления мускулатуры. Коты домашние живут рядом с человеком и в процессе одомашнивания утратили многие анатомические особенности, присущие лесным котам.

УДК 611.834:611.97:636.7

ЛОБЫРЬ П.А., студентка

Научный руководитель **ЩИПАКИН М.В.**, д-р вет. наук, доцент

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная академия ветеринарной медицины», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОПОГРАФИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ ОБЛАСТИ СТИЛО – И ЗЕЙГОПОДИЯ ГРУДНОЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАКИ

Как показал статистический анализ всех травм грудной конечности, наибольший процент повреждения характерен для скелета плеча и предплечья. При лечении таких переломов путем открытого и закрытого методов

остеосинтеза, остро встает вопрос о топографии магистральных нервных стволов в оперируемой области. В настоящее время существует много литературы по описанию различных оперативных подходов к органам грудной конечности. Однако указанные оперативные доступы в некоторых случаях приводятся без учета топографии магистральных артериальных сосудов и нервов. Особенно это касается медиального оперативного доступа к плечевой кости, в области которой проходят три магистральных нерва, крупные артериальные и венозные сосуды. Кроме того, изучая разные источники литературы, мы обратили внимание на приведенные схемы операционной раны, которые не могут дать полноты представления о скелетотопии проходящих в данной области магистральных нервных стволов.

Учитывая вышесказанное, мы поставили перед собой задачу определить топографию нервных стволов в области стило – и зейгоподия грудной конечности, и обосновать практическое применение полученных результатов. Для достижения поставленной цели, использовали метод тонкого анатомического препарирования на трупах собак мелких и средних пород. В ходе препарирования материал подвергали цифровому фотографированию и морфометрии. Нами была установлена детальная скелетотопия магистральных нервных стволов в области плеча и предплечья у собак. С медиальной поверхности диафиза плечевой кости проходят три крупных, магистральных нервных ствола. Исходя из этого, осуществлять оперативный доступ к скелету плеча с медиальной ее поверхности считаем не рациональным и крайне травмоопасным. Открытый оперативный доступ к диафизу плечевой кости предлагаем осуществлять с краниолатеральной поверхности конечности. В области проксимальной и средней трети лучевой кости, с латеральной поверхности, располагаются многочисленные ветви лучевого нерва. В связи с этим, открытый оперативный доступ к лучевой кости, для фиксации ее на запирающую пластину, рекомендуем осуществлять с краниальной поверхности, по межмышечному апоневрозу общего разгибателя пальцев и лучевого разгибателя запястья. С медиальной поверхности предплечья располагаются стволы локтевого и срединного нерва, поэтому осуществлять операционный доступ к локтевой кости с медиальной ее поверхности считаем не рациональным. Фиксацию локтевой кости на интрамедуллярный штифт предлагаем осуществлять через вершину локтевого бугра. Открытый оперативный доступ к локтевой кости считаем рациональным с латеральной поверхности, между апоневрозом локтевого сгибателя запястья и бокового разгибателя пальцев.