

УДК 611.835.8:636.7

СТАРИНСКАЯ К.Ю., студентка

Научный руководитель **БЫЛИНСКАЯ Д.С.**, канд. вет. наук, ассистент ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная академия ветеринарной медицины», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОПОГРАФИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА И ЕГО ВЕТВЕЙ У СОБАКИ

Травмы свободного отдела тазовой конечности у домашних собак имеют очень широкое распространение, особенно в условиях мегаполиса. При оперативном лечении таких переломов остро встает вопрос о топографии магистральных, крупных нервов. Особенно бесценны знания о топографии соматических нервов при лечении переломов путём остеосинтеза, причем это касается не только открытого доступа к поврежденному органу, но и метода интрамедуллярной фиксации. Кроме того, хотелось бы отметить, в первую очередь для начинающих специалистов, что представления о топографии магистральных нервов крайне важны, даже при такой, казалось бы, элементарной процедуре, как инъекции препаратов в заднебедренную группу мышц. Нередко неправильный выбор угла инъекции относительно тела приводит не только к химическому раздражению, но и механическому повреждению нерва, вызывая у животного сильную боль, хромоту, парезы. В связи с вышесказанным, мы поставили перед собой задачу провести детальное изучение седалищного нерва и его ветвей в области стило – и зейгоподия у собаки и обосновать практическое применение полученных результатов.

Материалом для исследования послужили трупы мелких и средних размеров собак, доставленных на кафедру анатомии животных из клиник Санкт-Петербурга после вынужденной эвтаназии. Для изучения детальной топографии седалищного нерва применили метод тонкого анатомического препарирования, а также метод морфометрии и фотографирования. В результате проведенных исследований мы установили, что иннервация тазовой конечности, за исключением четырёхглавой мышцы бедра, осуществляется седалищным нервом и его ветвями. Начальный ствол седалищного нерва лежит в специальном желобе шейки бедренной кости. В связи с этим, при интрамедуллярной фиксации бедренной кости через её шейку, необходимо быть крайне осторожным, так как повреждение нерва в этой области может привести к нарушению двигательной и чувствительной функции тазовой конечности. При открытой фиксации бедренной кости через латеральный оперативный доступ на запирающую пластину, необходимо учитывать, что несколько каудальнее диафиза бедра располагается периферический ствол седалищного нерва. Интрамедуллярную фиксацию большеберцовой кости рекомендуем осуществлять через большеберцовую шероховатость. Начальное отверстие хирургическим шилом можно производить через толщу прямых связок коленной чашки, не опасаясь повреждения нервных стволов и сосудов.

Открытый доступ к большеберцовой кости для фиксации на запирающую

пластину рекомендуем осуществлять с медиальной поверхности голени. Внутримышечные инъекции в заднебедренную группу мышц необходимо осуществлять под углом примерно в 45 градусов к медианной плоскости туловища. Ни в коем случае нельзя вводить иглу в толщу мышц к каудальной поверхности бедренной кости в связи с расположением седалищного, малоберцового и большеберцового нервов в этой области.

УДК:611.14-08:611.728:636.3

СТРАТОНОВ А.С., студент

Научный руководитель **ЩИПАКИН М.В.**, д-р вет. наук, доцент
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная академия ветеринарной
медицины», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

ВАЗОРЕНТГЕНОАНАТОМИЯ ВЕН СКАКАТЕЛЬНОГО СУСТАВА ОВЕЦ РОМАНОВСКОЙ ПОРОДЫ

Целью нашей работы явилось изучение анатомо-топографических особенностей хода ветвления вен скакательного сустава овцы романовской породы. В результате проведенного исследования установили, что от дорсальных участков сустава кровь собирается в сравнительно небольшие дорсальные заплюсневые вены: проксимальную с диаметром в среднем $1,10 \pm 0,01$ мм, среднюю с диаметром $1,25 \pm 0,01$ мм и дистальную с диаметром в среднем $0,90 \pm 0,01$ мм. Все эти три вены поверхностные и отводят кровь от соответственных участков краниальной поверхности скакательного сустава. От кожи, фасций и сухожилий латеральной поверхности скакательного сустава венозная кровь отводится в латеральную вену сафена, являющуюся прямым продолжением плюсневой дорсальной латеральной вены. В дорсальную ветвь латеральной вены сафена впадают три-четыре дорсо-латеральные заплюсневые вены. Две из них диаметром в среднем $1,10 \pm 0,01$ мм, собирают кровь от плантарной поверхности таранной кости, одна-две другие диаметром в среднем $1,20 \pm 0,01$ мм, идут от области пяточного бугра и дистального конца ахиллова сухожилия. Первые вены впадают в дорсальную ветвь латеральной вены сафена спереди, а вторые - сзади под различными острыми углами. Плантарная ветвь латеральной вены сафена, продолжающаяся из плюсневой проксимальной венозной дуги, принимает в себя кровь от кожи и фасций латеральных участков скакательного сустава по плантарной латеральной заплюсневой с диаметром $0,37 \pm 0,01$ мм, и пяточной венами с диаметром в среднем $0,71 \pm 0,01$ мм. Латеральная лодыжковая вена с диаметром $0,27 \pm 0,01$ мм начинается двумя ветвями по латеральной и медиальной сторонам и, соединившись на дорсальной поверхности, впадает в латеральную коллатераль краниальной большеберцовой вены. Медиальная лодыжковая вена с диаметром $0,38 \pm 0,01$ мм, сравнительно большая вена, которая активно ветвится на медиальной стороне сустава под кожей и впадает выше проксимальной суставной щели в краниальную большеберцовую вену. Кроме указанной вены, от медиальных