

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФОРМИРОВАННЫХ ЧЕРЕПОВ ЗОЛОТООРДЫНСКОГО ВРЕМЕНИ С ТЕРРИТОРИИ НИЖНЕГО ПОВОЛЖЬЯ (палеопатологический аспект)¹

Е.В. Перерва

Представлена попытка изучения в патологическом аспекте черепов с непреднамеренной искусственной деформацией по материалам подкурганных погребений золотоордынского времени с территории Нижнего Поволжья. Анализ проводился с помощью метода рентгенологического исследования во фронтальной и боковой проекциях. Всего было изучено 20 черепов, 16 из которых со следами искусственной деформации и 4 без следов модификации. Оценивались форма черепа, структура костей свода черепа, состояние черепных швов, наличие признаков внутричерепной гипертензии, сосудистых нарушений, эндокринных заболеваний. В результате исследования удалось установить, что у представителей эпохи позднего средневековья с территории Волгоградской области в подавляющем большинстве случаев распространена так называемая бешиковая колыбельная деформация. Характер деформации можно описать как промежуточный между теменно-затылочным и простым затылочным типом, так как область уплощения охватывает и нижнюю часть теменных костей, и верхнюю чешую затылочной кости в лямбдоидной области. Выяснилось, что непреднамеренная искусственная деформация черепа вполне совместима с нормальной жизнедеятельностью человека. Подтвердилась точка зрения ряда антропологов, что колыбельная деформация приводит к уплощению затылочной кости и, как следствие, к укорочению и расширению свода черепа. Нахождение длительного времени ребенка в колыбели и изменения, возникающие в черепной коробке в результате давления массы собственной головы, могли провоцировать развитие синдрома внутричерепной гипертензии, а также приводить к проблемам с облитерацией черепных швов и развитию эндокринных нарушений в организме человека.

Непреднамеренная искусственная деформация, колыбельная деформация, золотоордынское время, рентген, эндокринные нарушения, Нижнее Поволжье, черепа с искусственной деформацией, золотоордынский период.

Обычай искусственной деформации головы известен у древних и современных народов по всему земному шару. До сих пор в различных частях света некоторые племена используют разнообразные приспособления для изменения формы головы своих детей.

Существует несколько классификаций искусственной деформации головы, которые приняты в науке в нашей стране и за рубежом [Dingwall, 1931; Imbelloni, 1938; Жиров, 1940; Newmann, 1941].

В отечественной антропологической и исторической науке наиболее распространена схема Е.В. Жирова. Автор различает четыре основных типа искусственной деформации: затылочный; лобно-затылочный; теменной и кольцевой или циркулярный тип [Жиров, 1941]. Данная типология, несмотря на то что была создана почти 80 лет назад, продолжает оставаться востребованной.

Сегодня перед антропологами и историками стоит несколько важных вопросов, на которые они пытаются ответить при исследовании искусственной деформации головы у древних и современных народов. Целый ряд ученых посвятили свои работы описанию новых случайных находок модифицированных черепов представителей различных народов. Большое внимание исследователи уделили проблеме определения причин и семантики обычной модификации головы. Существует пласт трудов, в которых рассматриваются последствия воздействия деформирующей конструкции на черепную коробку человека с точки зрения медицинских параметров, патологических отклонений, а также работы краниологов, которые оценивают искусственные воздействия с позиции популяционной антропологии, характеризуя особенности трансформации формы, объема мозгового и лицевого отделов черепа.

У большинства антропологов, медиков и историков не вызывает сомнений, что случаи искусственной модификации головы наряду с типами деформации следует разделять на две ус-

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 13-06-00189.

ловные группы — *преднамеренной* и *непреднамеренной* (случайной или казуальной) искусственной деформации. Именно на первой группе антропологи в своих работах акцентируют внимание. Связано это прежде всего с широким распространением обычая преднамеренной искусственной модификации головы, а также с поиском ответа на вопрос, по какой причине древние люди придавали иногда головам своих соплеменников совершенно невероятную форму. Ответ уникален в каждом случае. Первые объяснения преднамеренной искусственной деформации головы мы находим в письменных источниках античных и арабских авторов (Гиппократ [1994], Страбон [1994], Максиди², Якут³). В современной науке есть несколько интерпретаций причин преднамеренной искусственной деформации головы: деформация как сакральный мнемонический знак [Медникова, 2006]; способ социальной стратификации [Балабанова, 2004; Батиева 2006, Dingwall, 1931, Ortner, Putschar, 1981]; вариант новой или старой моды в обычаях [Dingwall, 1931]; желание защитить голову новорожденного от природных факторов (холод, ветер, жара) [Попов и др., 1997].

Обратимся теперь к другой группе искусственных деформаций головы, так называемым непреднамеренным или случайным модификациям. Чаще всего к подобного рода изменениям черепа в отечественной науке относят «затылочную» [Жиров, 1940, 1941; Касимова, 1980; Громов, 1998; Шведчикова, 2006; Перерва, 2004] и «теменно-затылочную» [Жиров, 1940; Беневоленская, 1976; Громов, 2004; Казарницкий, 2012] деформации. За рубежом выделяют несколько вариантов деформации головы, которые принято считать непреднамеренными: «obelionic» — теменная; «artificial lambdoid» — искусственная лямбдоидная; «occipital» — затылочная; «bifronto-occipital» — двусторонняя затылочная деформация [Dingwell, 1931; Newmann, 1941; Hilgeman, Black, 1988; Nelson, Madimenos, 2010].

Перед тем как перейти к описанию морфологических особенностей непреднамеренной искусственной модификации головы и свидетельствам ее фиксации у различных древних народов, важно отметить, что затылочную деформацию необходимо отличать от врожденных или приобретенных деформаций черепа, не связанных с искусственным воздействием на краниум.

Прежде всего, это *брахицефалия*, или *бикоронарный синостоз*, и *затылочная плагиоцефалия*, или *синостоз лямбдовидного шва*, которые возникают в результате развития краниостеноза. Сегодня отсутствует однозначный ответ на вопрос о причине появления краниостеноза. Преждевременное закрытие черепных швов может быть следствием микроцефалии или метаболических нарушений. Краниостеноз может возникнуть и в результате врожденного нарушения роста черепа, сопровождающегося различными деформациями, реже — неврологическими расстройствами [Ананов и др.; Лопатин, Яснв, 2005].

Кроме того, медики отмечают, что изменение формы черепа может возникать и при позиционной деформации. Ее появление обусловлено искривлением костей мозговой части черепа из-за длительного пребывания ребенка в одном положении. Однако современные врачи считают, что если голова ребенка находилась в одном положении сравнительно непродолжительный период, то в подавляющем большинстве случаев череп сам выправляется с течением времени [Лопатин, Яснв, 2005, с. 23]. Таким образом, современная позиционная деформация очень похожа на колыбельную, встречающуюся у древних народов, которые использовали различные типы колыбелей. Вероятно, именно поэтому историками и антропологами фиксируется целый ряд разнообразных типов непреднамеренной искусственной деформации черепа. Тем не менее практически все исследователи сходятся во мнении, что причиной ее является специфический способ ухода за младенцем в течение первых лет его жизни и нахождение его длительное время в определенной люльке. Описанная И. Дингуэллом и Е.В. Жировым затылочная деформация возникает в результате длительного лежания ребенка на спине. Морфологические отличия этого типа — уплощение и частая асимметрия затылочной области при отсутствии изменений в строении лба, а также общее укорочение и компенсаторное расширение мозговой коробки [Жиров, 1940, с. 81–82]. Широкое распространение подобных особенностей формы головы объясняется бытованием колыбелей «бешик» с мочеотводными приспособлениями. Так, у осетин детей держали в колыбели до 3–5-летнего возраста. Ребенка из люльки брали очень редко, даже при кормлении грудью желательнее было не вынимать его из колыбели, на это указывает С.М. Абрамзон, изучавший обычаи укладывания ребенка в колыбель «бешик» [1949]. Частая

² *Материалы по истории туркмен и Туркмении*. М.; Л.: АН СССР, 1939. Т. 1. 313 с.

³ Там же.

асимметрия затылочной области черепной коробки, сопровождающая затылочную деформацию, отмечена Е.В. Жировым и другими исследователями.

В отечественной науке самый ранний случай непреднамеренной искусственной деформации зафиксирован на черепе № 2 подростка из слоев энеолитического поселения Великент III. М.Б. Медникова, исследовавшая череп, предположила, что уплощение свода черепа возникло в результате пребывания в твердой и тесной колыбели [Медникова и др., 2008, с. 171].

О наличии на черепах носителей окуневской культуры Южной Сибири, которая датируется началом XVIII — XIII–XI вв. до н.э., теменно-затылочной деформации писали Ю.Д. Беневоленская и А.В. Громов [1997], А.В. Громов [1998, 2004], Р.М. Галеев [2010]. Кроме этого, признаки аналогичной деформации черепа А.В. Громовым были обнаружены на черепах карасукской культуры XI–VIII вв. до н.э. и тагарской культуры VIII в. до н.э. — I в. н.э. также на территории Южной Сибири. В результате исследования массовых серий черепов вышеуказанных культур ученым был сделан вывод о колыбельном характере происхождения деформации черепа [Громов, 2004].

Н.А. Дубова зафиксировала следы теменно-затылочной деформации на антропологических материалах, датированных серединой — концом II тыс. до н.э., из археологического комплекса Ганур Деде (Туркменистан). Исследователь высказала мнение, что непреднамеренная искусственная деформация из Ганура имеет иной характер, нежели так называемая бешиковая форма. Н.А. Дубова предположила, что особый способ ношения грудных детей или специфическая форма детского головного убора могли стать причиной развития искусственной деформации [2006, с. 25–26].

А.А. Казарницкий в своей монографии «Население азово-каспийских степей в эпоху бронзы (антропологический очерк)» исследовал особенности искусственно деформированных черепов эпохи ранней бронзы с территории Калмыкии. Автором описана слабая затылочно-теменная деформация мозговой коробки, возникновение которой могло быть следствием долгого нахождения ребенка в деревянной люльке и тугого плеления [Казарницкий, 2012, с. 161].

Л.Т. Яблонский зафиксировал случаи затылочной и теменно-затылочной деформации на черепах с кладбища Южного Тагискена в дельте р. Сырдарьи на восточном берегу Аральского моря, датирующихся 700–600 гг. до н.э. [Torres-Rouff, Yablonsky, 2005, p. 5].

В костной коллекции научно-учебного музея антропологии Волгоградского государственного университета имеются черепа с затылочной деформацией, относящиеся к восточно-маньчжурской, донецкой и полтавтинской культурно-историческим общностям эпохи бронзы. Аналогичный тип непреднамеренной модификации выявлен на черепах сарматов, населения раннего и позднего средневековья с территории Нижнего Поволжья [Перерва и др., 2013, с. 6–22, 56–103].

Т.Ю. Шведчикова на материалах джетыясарской культуры зафиксировала затылочную деформацию. По данным ученого, подобного рода изменения встречаются с частотой в 7,76 %, занимая второе место после случаев кольцевой деформации [Шведчикова, 2009, с. 81–82].

В.В. Гинзбург и Е.В. Жиров, изучая антропологические материалы из Кенкольского могильника в долине р. Талас в Киргизии, наряду с кольцевой деформацией выявили на черепах кенкольцев признаки затылочной деформации. Данный археологический комплекс датируется рубежом эр. Как указывают исследователи, именно на этом могильнике в одной из катакомб была найдена самая древняя колыбель типа «бешик», датирующаяся началом I тыс. н.э. [Гинзбург, Жиров, 1949, с. 273–274].

В.В. Гинзбургом затылочная деформация была отмечена на черепах с зороастрийского кладбища XIII в. в Фринкенте [Гинзбург, Жиров, 1949, с. 273–274].

Г.Ф. Дебеч зафиксировал затылочную деформацию на черепах населения средневековых городов Крыма. Исследователь поддержал предположение В.В. Гинзбурга, что использование колыбели типа «бешик» приводит к изменению формы головы. Также Г.Ф. Дебеч высказал мнение, что бешиковая деформация влияет на изменение не только формы, но и черепного указателя, способствуя его увеличению [Дебеч, 1949, с. 341, 344].

Аналогичный тип непреднамеренной деформации черепа был зафиксирован автором данной статьи на хазарских черепах из могильников Нижнего Поволжья, а также на аланских черепах Северного Кавказа [Перерва, 2003, 2004].

Ряд ученых описывают деформацию затылочного типа на черепах, происходящих с территории Мезо- и Южной Америки [Dingwall, 1931; Yelm, 1935; Hilgeman, Black, 1988; Nelson, Madimenos, 2010; Bailey, 2010; Okumura, 2014].

Рентгенологическое исследование деформированных черепов золотоордынского времени...

Таким образом, ареал распространения затылочной деформации, связанной с использованием колыбели «бешик», охватывает просторы от Азиатских степей до Южной Европы, а также различные территории в Южной Америке. На Востоке колыбель «бешик» вошла в быт якутов, бурятов и других тюркоязычных народов (монголоиды). На Ближнем Востоке колыбель используется народами, которые в антропологическом плане относятся к южной ветви большой европеоидной расы, то же можно сказать и о Южной Европе, и о Кавказе [Касимова, 1980, с. 37].

В отечественной науке предпринимались попытки подробного изучения непреднамеренной искусственной деформации черепа, которая возникала в результате использования различных типов колыбели [Жиров, 1941; Рычков, 1957; Касимова, 1980; Громов, Казарницкий].

Так, Е.В. Жиров поставил вопрос о влиянии затылочной деформации на брахицефализацию древних и современных народов. Исследователь дал критический анализ развернувшейся в антропологической науке начала XX в. дискуссии о влиянии колыбельной деформации на форму головы. Обобщив научный опыт отечественных и зарубежных антропологов и этнографов, Е.В. Жиров пришел к выводу, что использование колыбели «бешик» приводит к изменению формы затылка, иногда затылочной кости и соответственно черепного указателя [1941, с. 72–73].

Ю.Г. Рычков исследовал степень влияния деформации головы в связи с обычаями ухода за детьми на антропологическом материале из Азербайджана. Ученый сделал вывод, что деформирующее влияние колыбели сказывается на младенцах очень быстро, в течение двух-трех недель. В результате деформации происходит уплощение затылка. Автор пишет, что встречаются случаи резкой асимметрии всего затылка или даже всей головы [Рычков, 1957, с. 71–72]. Под влиянием деформации отмечается изменение основных диаметров головы: высотного и в меньшей степени лобного диаметра, кроме этого бешик воздействует на изменение головного указателя в сторону его увеличения [Там же, с. 77–78]. В своем труде Ю.Г. Рычков лишь косвенно коснулся медицинской проблемы влияния колыбельной деформации на черепную коробку. Так, ссылаясь на мнения врачей, исследователь предполагает, что длительное нахождение в колыбели приводит к накожным заболеваниям, недостаточному развитию ребенка в первые годы жизни, у больных рахитом использование колыбели усугубляет болезнь [Там же, с. 82].

Р.М. Касимова остановилась на проблеме влияния различных типов колыбели на некоторые антропологические признаки на примере народов Кавказа, Передней и Средней Азии. Ученый заключила, что использование колыбели типа «бешик» обуславливает изменение черепа в области затылка. Наряду с массовым антропологическим исследованием Р.М. Касимова провела и этнографический анализ степени распространения детской колыбели в Азербайджане [1980, с. 41].

А.В. Громов и А.А. Казарницкий исследовали влияние затылочно-теменной деформации на черепную коробку. Учеными была проанализирована обширная выборка краниумов, состоящая из серий ямной и катакомбной культур Калмыкии, коренного населения Аляски, несториан Средней Азии, современных узбеков, казахов, ингушей и осетинов. Исследование осуществлялось с помощью внутригруппового анализа методом главных компонент. В результате удалось установить влияние бешиковой деформации на изменение черепного указателя [Громов, Казарницкий, с. 210].

Таким образом, в результате анализа антропологической литературы можно сделать вывод, что интерес к изучению черепов с непреднамеренной искусственной деформацией не ослабевает. Большинство работ посвящены анализу степени влияния колыбели на форму черепа и характер изменения ряда антропологических признаков: размеров, диаметров, индексов. К сожалению, трудов, связанных с изучением патологических отклонений, возникающих в черепной коробке в результате воздействия колыбельной деформации, не существует. Поэтому считаем достаточно актуальным остановиться на этом вопросе.

Материал и методика

В данной работе были изучены рентгенограммы 20 черепов, датирующихся золотоордынским временем. В 16 случаях черепные коробки носили следы непреднамеренной искусственной деформации. На четырех черепах признаков прижизненного изменения формы черепной капсулы не обнаружено. У одного мужчины из курганного могильника Царевского городища (к. 71, п. 1) был выявлен теменно-затылочный тип деформации черепа по классификации Е.В. Жирова [1940]. В остальных 15 случаях наблюдается промежуточный тип, который можно описать как средний между теменно-затылочным и простым затылочным вариантом, в котором область

уплощения охватывает как нижнюю часть теменных костей, так и верхнюю чешую затылочной кости в лямбдоидной области с небольшими вариациями в каждом отдельном случае. В связи с этим в дальнейшем в работе будут использоваться термины «колыбельный» или «бешиковый» тип деформации.

Половозрастной состав серии. Всего было изучено 11 мужских и 9 женских черепных коробок (табл. 1, 2). Трое мужчин молодого возраста от 20 до 35 лет, восемь мужчин в возрасте 35–50 лет. Один череп девочки-подростка 12–14 лет (п. 1 к. 24 могильника Маляевка V). В семи случаях краниумы принадлежали женщинам в возрасте от 25 до 32 лет, один череп — женщине в возрасте 35–45 лет (п. 1 к. 31 могильника близ Царевского городища).

Таблица 1

Некоторые особенности деформированных черепов эпохи средней бронзы

№	Мог-к/кург./ погр.	Пол	Возраст, лет	Толщина свода лобная/теменная/затылочная), см	Турецкое седло, размеры вертикальный/сагитальный, мм	Пневматизация пазух			Пальцевидные вдавления	Длиннотн-широтный индекс	Сосудистый рисунок	Тип деформации
						Лобные	Основная	Гайморовы				
1	18-85 Мавзолей 1 (Царев), 1990, п. 6	Женщина	25–30	0,5/0,8/1,0	Норма 9/12	Неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Отсутствуют	82,8 Брахиокrania	Неизменен	Бешик
2	18-53 Царев к. 75 п. 1	Мужчина	30–40	0,6/0,8–1,5/1,0–1,5	Частично разрушено, норма	Редуцирована, неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	82,7 Брахиокrania	Неизменен	Бешик
3	18-63 Царев, 1990, к. 80 п. 2	Мужчина	35–45	1,0/0,8/1,0	—	Редуцирована, неизмененная	Разрушена	Малые размеры, неизмененная	Присутствуют	86,3 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
4	18-01 Царев, 1988, к. 31 п. 1	Женщина	35–45	0,5–0,6/0,6/1,0	Норма 9/11	Неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	81,0 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
5	8-25 Маляевка, 1991, к. 24 п. 1	Женщина	12–14	0,8	Норма 8/11	Редуцирована	Неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	77,5 Мезокrania	Резко выражен	Бешик
6	18-47 Царев, 1990, к. 71 п. 1	Мужчина	25–35	0,8/0,9–1,1/1,2	Норма 8/12	Гиперпневматизация	Гиперпневматизация	Неизмененная	Отсутствуют	74,7 Долихокrania	Неизменен	Теменно-затылочная
7	56-07 Солодовка I, 2001, к. 51 п. 2	Женщина	25–35	0,6/0,5–0,7	Норма 8/11	Редуцирована, неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	88,6 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
8	7-5 Зубовка, 1990, к. 10 п. 1	Мужчина	30–40	0,7–1,0/0,8–1,2/1,3	Незначительно увеличено 9/15	Неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	77,2 Мезокrania	Резко выражен	Нет деформации
9	41-16 Солодовка II, 1989, к. 6 п. 1	Мужчина	20–30	0,8/0,5–0,8/1,0	Норма 9/11	Редуцирована, неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	85,9 Брахиокrania	Неизменен	Нет деформации
10	30-24 Абганерово III, 1994, к. 2 п. 1	Женщина	30–35	0,6/0,8/1,0	Норма 8/11	Неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	85,0 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
11	7-8 Зубовка, 1990, к. 2 п. 1	Мужчина	30–40	0,6/0,8/1,1	Норма 7/12	Пневматизация [затемнение]	Неизмененная	Пневматизация (затемнение)	Отсутствуют	84,2 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
12	30-300 Ковалевка, 2006, к. 1 п. 1	Мужчина	30–40	1,2/0,8/1,2	Норма 7/13	Неизмененная	Гиперпневматизация	Неизмененная	Присутствуют	81,8 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
13	30-15 Абганерово II, к. 14 п. 1	Женщина	25–30	1,2/1,2–0,9/1,0	Норма 9/11	Неизмененная	Неизмененная	Пневматизация (затемнение)	Отсутствуют	82,6 Брахиокrania	Резко выражен	
14	7-4 Зубовка, 1990, к. 6 п. 1	Мужчина	40–45	0,7/0,7/0,8–0,9	Норма 7/12	Неизмененная	Неизмененная	Пневматизация (затемнение)	Отсутствуют	74,3 Долихокrania	Резко выражен	Нет деформации
15	11-2 Рубежный III, к. 9 п. 1	Женщина	25–35	1,0/0,8–0,9/1,2	Размеры выше нормы 10/12	Редуцирована, неизмененная	Редуцирована, неизмененная	Неизмененная	Присутствуют	82,8 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
16	11-12 Рубежный, 1992, к. 10 п. 1	Мужчина	35–40	0,5–0,6/0,7–1,0/0,6–0,8	Размеры увеличены (аденома гипофиза) 10/15	Неизмененная	Гиперпневматизация	Неизмененная	Отсутствуют	82,7 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
17	30-8 Абганерово II, к. 2 п. 1.	Женщина	30–35	0,8/0,7–1,0/0,9–1,0	Норма 9/11	Неизмененная	Гиперпневматизация	Неизмененная	Отсутствуют	80,2 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик
18	7-7 Зубовка 1990, к. 5 п. 1	Мужчина	25–35	0,8/0,9/1,2	Спинка сломана	Неизмененная	Неизмененная	Неизмененная	Отсутствуют	81,4 Брахиокrania	Резко выражен	Нет деформации
19	18-21 Царев, 1989, к. 48 п. 1	Мужчина	35–40	0,5–0,6/0,8/1,0	Норма 9/12	Неизмененная	Неизмененная	Снижение пневматизации	Отсутствуют	76,6 Мезокrania	Резко выражен	Бешик
20	30-23 Абганерово III, к. 1 п. 1	Женщина	20–25	—	Норма 9/13	—	—	—	Присутствуют	85,8 Брахиокrania	Резко выражен	Бешик

Исследуемая выборка была сформирована исходя из сохранности черепных капсул, для того чтобы провести более полное рентгенологическое исследование. Все костные материалы происходят из курганных могильников с территории Нижнего Поволжья (рис. 1).

Таблица 2

Возрастные особенности исследуемой группы

Возраст	Кол-во	%
Infantilis 1	0	0%
Infantilis 2	0	0%
Uvenis	1	5%
Adultus	14	70%
Maturus	5	25%
Senilis	0	0%

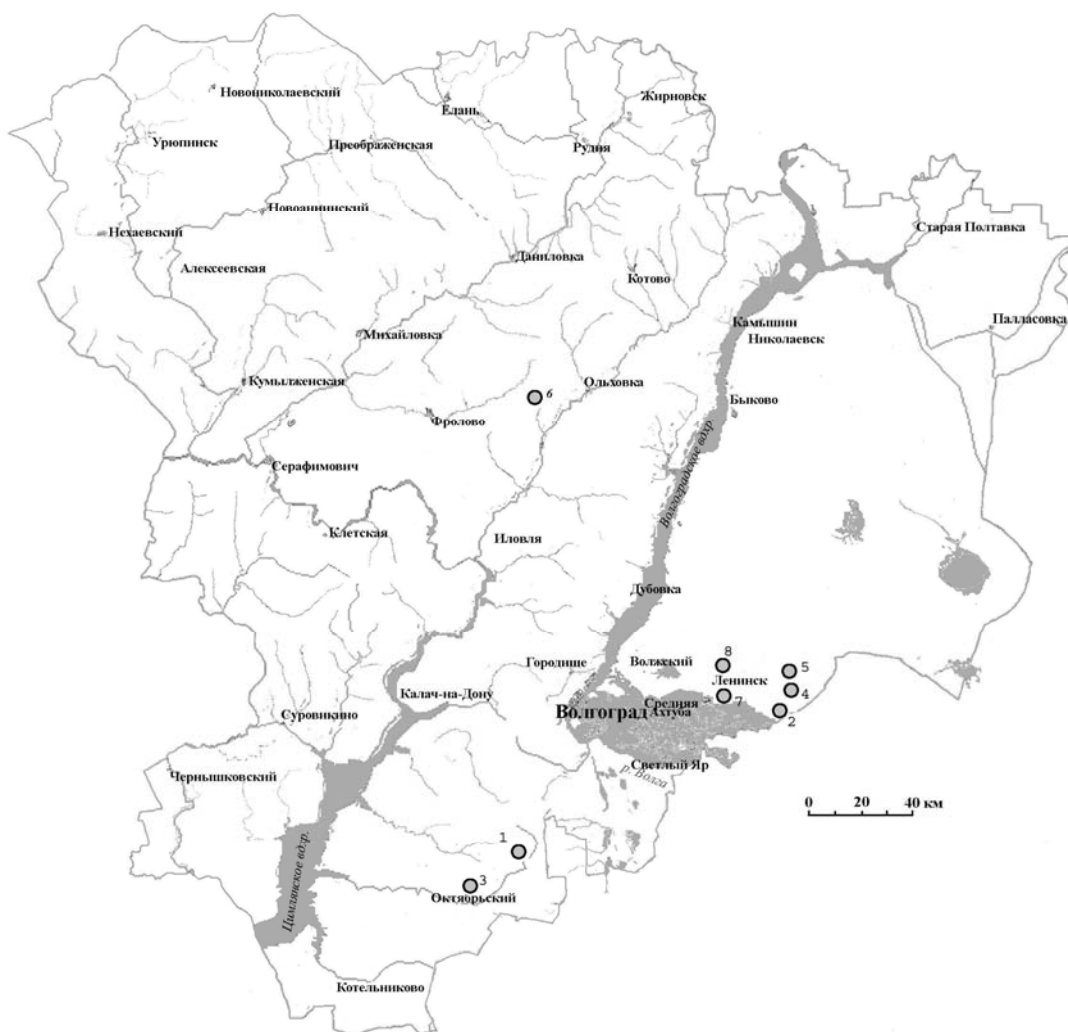


Рис. 1. Могильники с погребениями золотоордынского времени на карте Волгоградской области:
 1 — Абганерово; 2 — Зубовка; 3 — Ковалевка; 4 — Колобовка; 5 — Маляевка; 6 — Рубежный I; 7 — Солодовка;
 8 — Царевское городище.

Рентгенологическое исследование черепов выполнялось в двух проекциях: задней и боковой. Расстояние до объекта 1 м. Мощность излучения 70кВ, 40 мА. Время выдержки 0,16 сек. Рентгено съемка проводилась на аппарате Medics-P-AMIKO2.

Краниограммы анализировались по методике, предложенной Н.П. Маклецовой [1974] и М.А. Балабановой [2006] и апробированной Е.В. Перервой [2013]. Оценивались следующие параметры: форма черепа, структура костей свода черепа, состояние черепных швов, наличие признаков внутричерепной гипертензии, симптомов сосудистых нарушений. Рассматривался

характер толщины костей свода черепа — лобной, теменных и затылочной. Анализировалось состояние лобной, основной и гайморовых пазух черепа, а также рассматривалось состояние турецкого седла. Попутно выявлялись сопутствующие патологические изменения в костной структуре, такие как травмы, признаки эндокринных нарушений, воспалительные процессы⁴.

Обсуждение результатов

Прежде чем описывать рентгенологические особенности, зафиксированные в группе, остановимся на патологических состояниях и аномалиях, выявленных макроскопически.

На ряде модифицированных черепов отмечается значительная асимметрия в горизонтальной плоскости затылочной части (рис. 2, 3). Левосторонняя асимметрия наблюдается на трех черепах, правосторонняя — на четырех. Объяснить возникновение асимметрии можно строгостью обычаев, запрещавших на долгое время вынимать ребенка из колыбели или переставлять кроватку. Появление асимметрии затылочной кости также может быть связано с неопытностью молодых матерей, кормящих ребенка с одной и той же стороны; это приводило к тому, что ребенок привыкал поворачивать голову и смотреть в определенную сторону [Жиров, 1941; Рычков, 1957; Касимова, 1980]. Искривление затылочной кости отмечалось многими исследователями, которые сталкивались со случаями затылочной или теменно-затылочной деформации [Dingwell, 1931; Жиров, 1940, 1941; Рычков, 1957; Касимова, 1980; Hilgeman, Black, 1988; и др.].

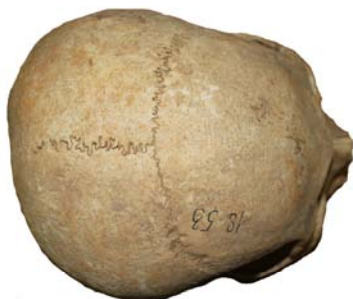


Рис. 2. Правосторонняя асимметрия черепа мужчины из п. 1 к. 75 могильника Царев.



Рис. 3. Левосторонняя асимметрия черепа женщины из п. 1 к. 2 могильника Абганерово III.

Из эпигенетических признаков на черепной коробке самых высоких частот встречаемости достигают остеомы. Всего было зафиксировано 6 наблюдений. В четырех случаях это единичные костные образования, локализующиеся на лобной или теменной костях. В двух случаях у мужчин из могильника Рубежный (к. 10) и могильника Зубовка (к. 2) остеомы множественные и расположены на теменных костях (табл. 3).

Таблица 3

Частота встречаемости некоторых аномалий в зубной системе и на черепной коробке

	Кол-во исследованных черепов	Встречаемость	%
Гиподонтия 3 м	20	2	10
Краниостеноз	20	5	25
Метопический шов	20	1	5
Дополнительные швы	20	2	10
Остеомы	20	6	30
Шовные кости	20	4	20
Родничковые кости	20	5	25

У одного мужчины 25–35 лет из кургана 6 могильника Солодовка был зафиксирован лобный шов. Метопизм сопровождался у данного индивида усилением пальцевидных вдавлений в теменно-затылочной области.

⁴ Хотелось бы выразить благодарность заведующей рентгенкабинетом ГУЗ ГKB № 3 О.Ю. Живолуп за помощь в описании рентгеновских снимков и рентген-лаборанту Е.А. Андирановой за проведение рентгенологической съемки костных материалов.

Рентгенологическое исследование деформированных черепов золотоордынского времени...

Из аномалий также были встречены следы зародышевых швов на затылочной кости у двух индивидов, часто наблюдались дополнительные вставочные кости в затылочном шве (4 случая) и родничковые кости в области астериона и лямбды.

Среди патологических отклонений чаще всего на черепах золотоордынского населения зафиксированы следы васкулярной реакции по типу «апельсиновой корки» — 15 наблюдений (табл. 4). Данный маркер в большей степени характерен для мужчин и является результатом воздействия на организм холодового стресса.

Таблица 4

Частота встречаемости некоторых патологий и травм на черепной коробке

	Кол-во исследованных черепов	Встречаемость	%
Васкулярная реакция на черепе	20	15	75
Cribrā orbitalia	20	4	20
Пороз костей черепа	20	1	5
Лобный гиперостоз	20	1	5
Воспалительные процессы на костях черепа	20	2	10
Травмы свода черепа	20	1	5
Травмы в носовой области	20	6	30

Поротический гиперостоз глазниц в исследуемой выборке встречен 4 раза (табл. 4). У мужчины 30–40 лет из кургана 75 могильника Царев и женщины 20–30 лет из кургана 2 могильника Абганеро II «cribra orbitalia» не сопровождалась существенными изменениями на рентгенограммах.

Несколько иначе обстоит дело в двух других случаях. У женщины из кургана 1 могильника Абганеро III наряду с поротическим гиперостозом глазниц зафиксированы признаки гидроцефалии, а у женщины из кургана 6 могильника Рубежный III отмечались изменения костной структуры в области турецкого седла.

Травматические повреждения прежде всего отмечены на костях носа. Из 6 случаев пять зафиксировано на черепах мужчин и один на лицевом отделе черепа женщины из кургана 2 могильника Абганеро.

На черепе подростка из кургана 24 могильника Маляевка зафиксирована небольшая вмятина. В 5 мм от венечного шва и в 30 мм от антропологической точки «брегма» на лобной кости наблюдался дефект подовальной формы размером 10×5 мм. Травма имеет ровные округлые края без следов воспаления и прободения в полость черепа (рис. 4).



Рис. 4. Травма черепа у женщины 14–16 лет из п. 1 к. 24 могильника Маляевка.

Анализ рентгенограмм

Как уже указывалось выше, на 16 из 20 исследованных черепов зафиксированы признаки искусственной деформации. В 15 случаях это так называемая колыбельная — бешиковая деформация. На черепной коробке мужчины из погребения 1 кургана 71 могильника Царев наблюдается так называемая теменно-затылочная деформация, которая в большей степени находит аналогии на

черепях эпохи бронзы, описанных Ю.Д. Беневоленской [1976], А.В. Грозовым [2004], А.А. Казарницким [2012], Е.В. Перервой [2013]. В данном случае фиксируется уплощение теменно-затылочной области черепа несколько выше антропологической точки «Lambdae».

Из 20 исследованных черепных коробок в 15 случаях длиннотно-широтный индекс соответствует брахикрании. Разброс минимальных и максимальных значений широкоголовых черепных капсул достаточно большой — от 80,2 до 88,6. Из 15 брахикранных черепных коробок на 13 зафиксированы признаки непреднамеренной искусственной деформации колыбельного типа.

Два черепа долихокранных. Среди длинноголовых черепов один имеет следы искусственной деформации, которую можно описать как теменно-затылочную, мозговая капсула происходит из погребения 1 кургана 71 могильника Царев (рис. 5).

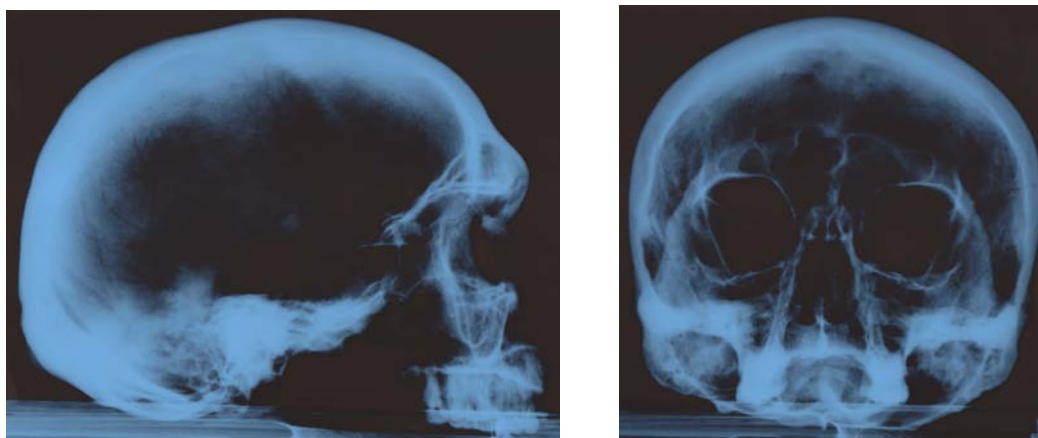


Рис. 5. Рентгенограмма черепа мужчины 25–35 лет из п. 1 к. 71 могильника Царев.

У трех индивидов черепные коробки имеют мезокранические характеристики. Среди среднешироких черепов два со следами бешиковой деформации и одна мозговая капсула без следов модификации.

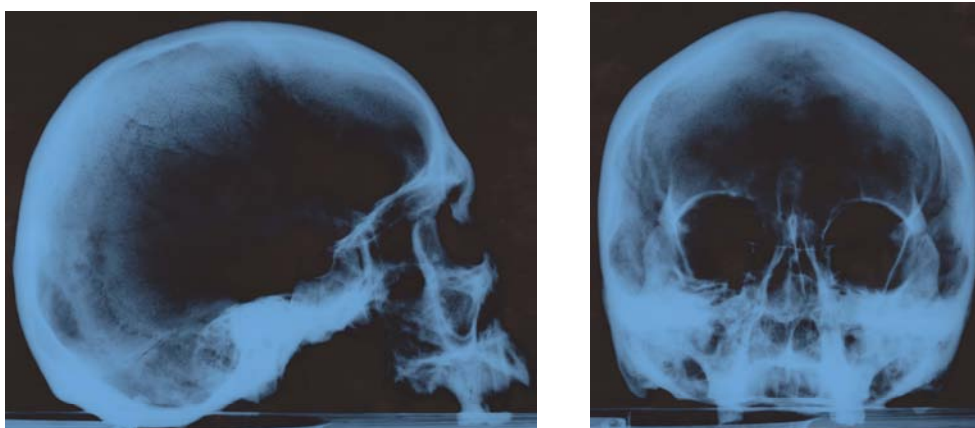


Рис. 6. Рентгенологические снимки черепной капсулы мужчины 35–40 лет из п. 1 к. 48 могильника Царев.

У трех мужчин на рентгенограммах имеется уплотнение черепных швов. Две черепные коробки деформированы, принадлежали мужчинам 35–45 лет из могильника Царев (к. 48, п. 1) и могильника Рубежный (к. 10, п. 1) (рис. 6, 7). Синостоз охватил стреловидные, лямбдовидные и венечные швы. Признаки краниостеноза, фиксирующиеся на снимках, наблюдаются и макроскопически. Визуально зарастание черепных швов просматривается с внутренней и внешней стороны. У мужчины 25–35 лет с недеформированным черепом из погребения 1 кургана 5 могильника Зубовка был выявлен синостоз венечного шва (рис. 8). Как известно, преждевременное зарастание черепных швов приводит к образованию определенных форм мозговой капсулы [Маклецова,

Рентгенологическое исследование деформированных черепов золотоордынского времени...

1974; Ringway et al., 2004]. Тем не менее, несмотря на факты присутствия в серии случаев кра-ниостенозов, образования аномальных деформаций черепных коробок не установлено.

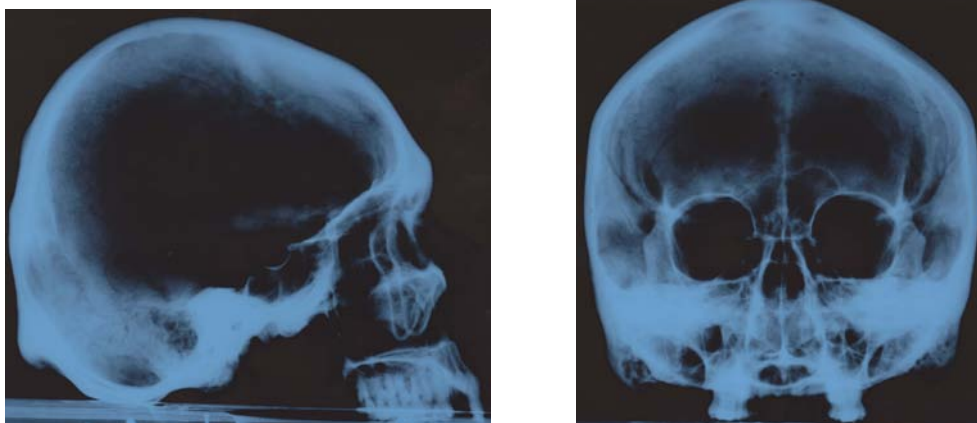


Рис. 7. Снимки черепной коробки мужчины 35–40 лет из п. 1 к. 10 могильника Рубежный.

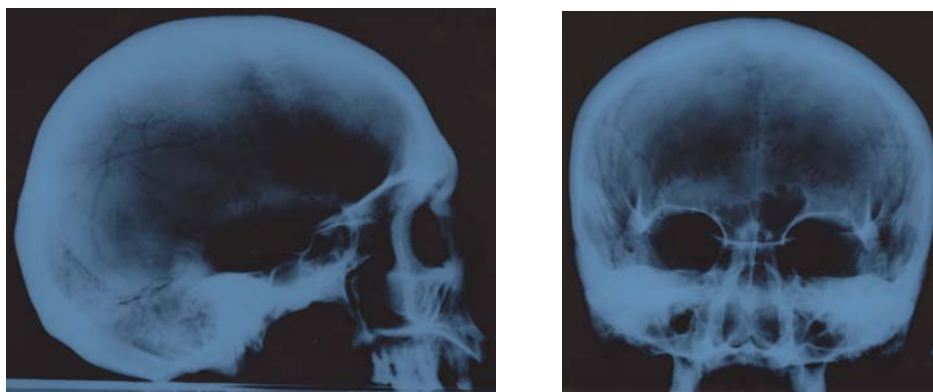


Рис. 8. Рентгенологический снимок черепа мужчины 25–35 лет из п. 1 к. 5 могильника Зубовка.

Из 20 исследованных черепов на 17 сохранилось турецкое седло, поэтому на рентгенограммах удалось оценить их размеры и структуру. Как известно, у здоровых людей нормальные размеры турецкого седла составляют: сагиттальный — 12–15 мм, вертикальный — 8–9 мм [Хамнуева и др., 2008]. В пределах нормы из 17 исследованных оказалось 15 черепов. В этих случаях каких-либо трансформаций в структуре и размерах данного сегмента черепной коробки не обнаружено. У этих черепов турецкое седло на рентгенограммах имеет четкие контуры и отсутствуют структурные изменения стенок.

У двух индивидов имеются признаки увеличения размеров турецкого седла. Оба черепа со следами деформации и происходят из могильника Рубежный. У женщины 25–35 лет из погребения 1 кургана 9 зафиксировано удлинение вертикального диаметра турецкого седла (табл. 1). Данная область черепной коробки правильной формы, контуры ровные. Задний клиновидный отросток наклонен кпереди. Спинка седла неоднородной структуры с множественными кистовидными просветлениями и плоским вдавлением по заднему контуру (рис. 9). Увеличение размеров турецкого седла может наблюдаться при макроаденомах гипофиза, синдроме «пустого турецкого седла» [Терещенко, Сандакова, 1999].

У мужчины 35–40 лет из погребения 1 кургана 10 отмечено расширение входа в турецкое седло, спинка седла выпрямленная (рис. 7). Размеры увеличены и в сагиттальной (15 мм), и в вертикальной (10 мм) плоскости, блюменбахов скат имеет практически вертикальное положение. Эти характеристики могут свидетельствовать о развитии аденомы гипофиза. По современным медицинским данным, аденомы гипофиза (АГ) составляют около 70 % всех внутрочерепных опухолей, встречаемых в практике, 80 % случаев данной патологии приходится на женщин в возрасте 25–40 лет, но чаще всего они возникают у людей в возрасте от 30 до 60 лет [Морозо-

ва, Зборовская, 2006, с. 18; Шахворост и др., 2009, с. 95]. Возникновение опухолей гипофиза носит в основном спорадический характер, но может быть и наследственно обусловленным [Терещенко, Сандакова, 1999]. Однако пока окончательно не установлены причины данного заболевания. Между тем имеются определенные факторы риска, которые указывают на его возможное развитие: инфекционные процессы в нервной системе; различной типологии травмы черепа; те или иные неблагоприятные воздействия на плод в ходе беременности.

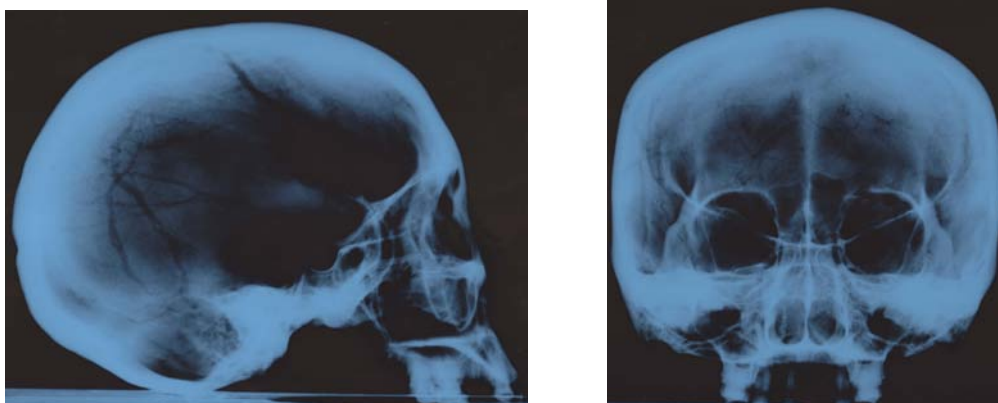


Рис. 9. Рентгенограмма черепной коробки женщины 25–35 лет из п. 1 к. 9 могильника Рубежный.

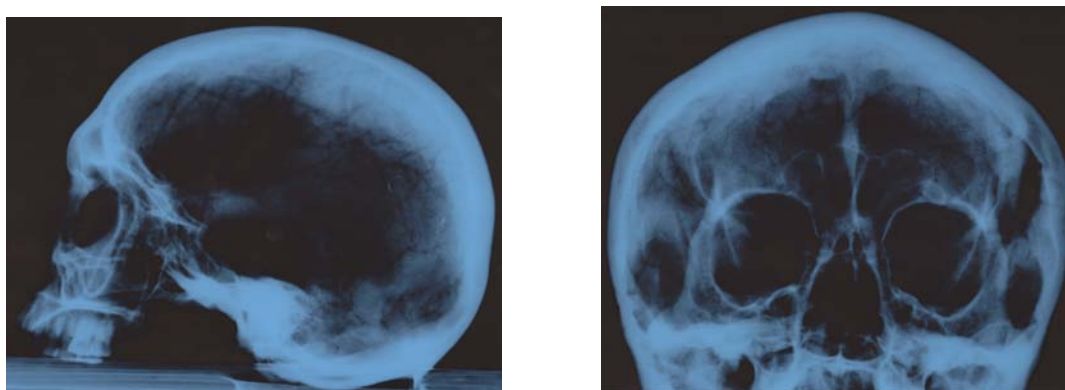


Рис. 10. Рентгенологические снимки черепной коробки мужчины 30–40 лет из п. 1 к. 10 могильника Зубовка.

Толщина костей свода черепа определялась по рентгенограммам в боковой проекции. Как указывают Д.Г. Рохлин и Н.П. Маклецова, в среднем массивность костей свода колеблется от 5 до 8 мм. В исследуемой выборке были сделаны измерения толщины лобной, теменной и затылочной области черепа. На лобной кости минимальная толщина достигает 5 мм, максимальная 12 мм. Наивысшие показатели наблюдаются на деформированных черепах. На недеформированных черепах толщина лобной кости не превышает 7–8 мм, укладываясь в общемировую норму. Толщина теменных костей достаточно вариабельна, от 5 до 15 мм. Как и в случае с лобной костью, теменные кости на недеформированных черепах тоньше. Тем не менее средние значения превышены и у них. Так, у мужчины 30–40 лет из погребения 1 кургана 10 могильника Зубовка толщина теменных костей варьируется от 8 до 12 мм (рис. 10). Вместе с тем следует отметить тенденцию к увеличению толщины костей свода черепа от лобной части к затылочной области на деформированных и недеформированных черепах. Кроме этого, имеются возрастные зависимости. В среднем массивность теменных костей у людей 30–40 лет увеличивается на 3–5 мм. Толщина затылочной кости в средние значения укладывается в исследуемой группе только у трех индивидов: двух молодых женщин (Маляевка, к. 24, п. 1; Солодовка, к. 51, п. 2) и мужчины 35–40 лет (Рубежный, к. 10, п. 1) (не превышает 8 мм). В остальных случаях массивность затылочной кости варьируется от 9 до 15 мм. Причем толстая чешуя затылочной кости характерна и для деформированных, и для недеформированных черепов.

Рентгенологическое исследование деформированных черепов золотоордынского времени...

В связи с нарастанием внутрижелудочкового давления извилины мозга оказывают повышенное давление на кости свода черепа, что вызывает появление небольшого размера участков локального остеопороза. Эти проявления остеопороза на краниограммах называют «пальцевидными» вдавлениями [Можаев и др., 2009]. Проявление пальцевидных вдавлений, углубление борозд оболочных артерий и венозных синусов могут возникать при развитии синдрома внутричерепной гипертензии, внутричерепных опухолях, субэпидуральных гематомах, краниостенозе и гидроцефалии [Руцкий, Михайлов, 1987, с. 222].

Из 20 исследованных черепов на 11 по рентгенограммам выявлены следы пальцевидных вдавлений. Девять черепов с искусственной деформацией и два без деформации. На восьми черепах пальцевидные вдавления сочетаются с картиной резко развитого сосудистого рисунка. Интенсификация проявления сосудов на краниограммах выявлена в 16 случаях. Патологическое проявление сосудистого рисунка выражено на трех недеформированных черепах, на одном черепе без деформации патологических изменений не выявлено. На 13 деформированных черепах также отмечены следы сильной выраженности сосудов, а на трех данный признак отсутствует. Фиксация обоих патологических состояний в серии указывает, что для исследуемой группы черепов характерно широкое распространение признаков интракраниальной гипертензии.

Как уже указывалось выше, на предмет выявления патологий оценивалась пневматизация основной и лобных пазух в исследуемой группе.

Пазуха основной кости к 9–10 годам частично пневматизирована; к 16 годам — наполовину или на две трети; к 24 годам пазуха основной кости должна быть пневматизирована полностью. Отсутствие ее пневматизации может быть обусловлено гипофункцией передней доли гипофиза. Гиперпневматизация пазух может быть проявлением нейроэндокринной патологии, акромегалии, гипофункции щитовидной железы [Терещенко, Сандакова, 1999]. В исследуемой выборке на 18 черепах с помощью рентгенологического исследования удалось проанализировать состояние основной пазухи клиновидной кости. В 15 случаях состояние данного отдела черепа можно охарактеризовать как нормальное. Клиновидная кость имела хорошую пневматизацию и неизменную структуру. На трех деформированных черепах зафиксирована гиперпневматизация основной пазухи (табл. 1).

Из 20 черепов на 19 удалось проследить состояние лобных пазух. На пяти черепах наблюдается редукция пазух, размеры их сильно уменьшены. У мужчины 25–35 лет из погребения 1 кургана 71 могильника Царев (рис. 5) выявлена гиперпневматизация в лобной области, а у мужчины из погребения 1 кургана 2 могильника Зубовка наблюдается затемнение в лобной пазухе и нарушение ее пневматизации (рис. 11). Лобные пазухи могут быть нормальных размеров, гипоплазированы или вообще отсутствовать. Нарушение пневматизации пазух может отражать те или иные изменения в эндокринной системе. Снижение пневматизации пазух встречается при гипофункции передней доли гипофиза, гиперфункции щитовидной железы, а также при воспалительных заболеваниях пазух [Терещенко, Сандакова, 1999].



Рис. 11. Рентгенограмма мозговой капсулы мужчины 30–40 лет из п. 1 к. 2 могильника Зубовка.

Остановимся на других патологических состояниях, зафиксированных на рентгенограммах черепов золотоордынского времени.

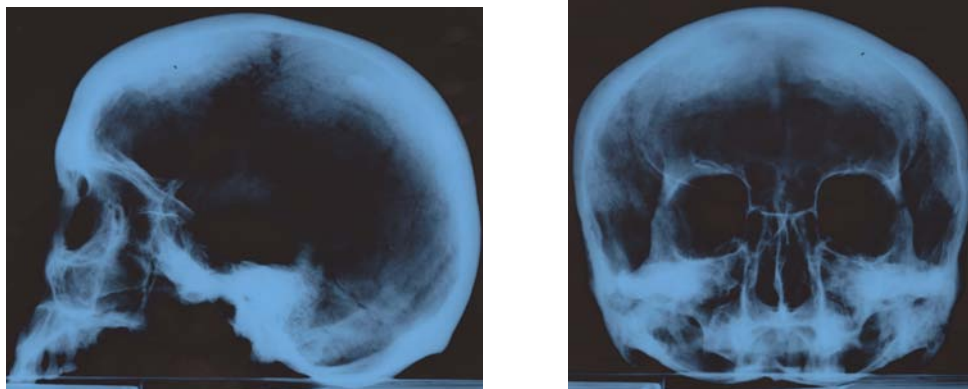


Рис. 12. Рентгенограмма черепной коробки мужчины из п. 2 к. 80 могильника Царев.

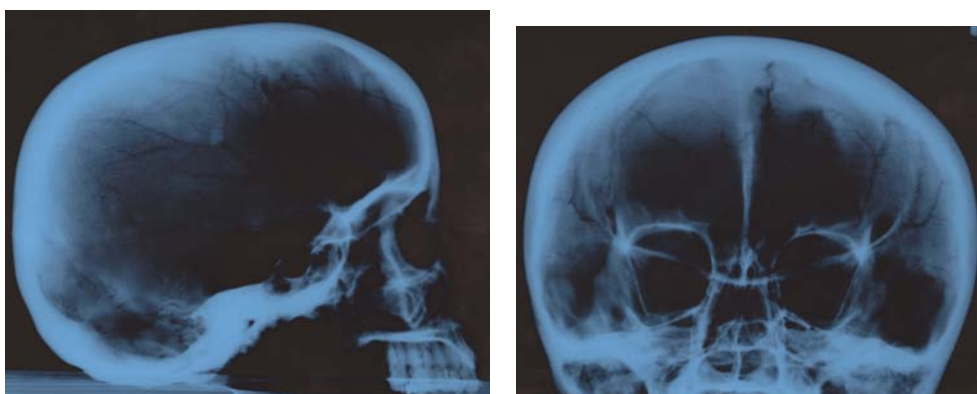


Рис. 13. Рентгенограмма черепной коробки женщины 20–25 лет из п. 1 к. 1 могильника Абганеро II.

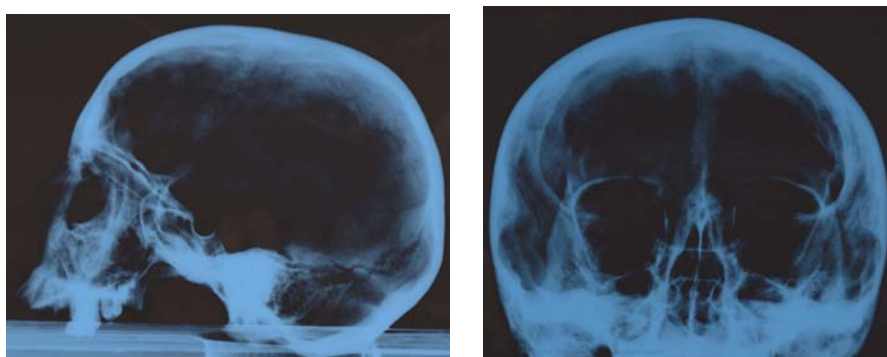


Рис. 14. Рентгенограмма мозговой капсулы подростка 12–14 лет из п. 1 к. 24 могильника Маляевка.

У мужчины 35–45 лет из погребения 2 кургана 80 могильника Царев с деформацией затылочного типа выявлен гиперостоз внутренней замыкающей пластины лобной кости (рис. 12). На рентгенограмме и визуально со стороны эндокрана наблюдаются экзостозы в лобной области по обеим сторонам от лобного синуса. Внутренний лобный гиперостоз отмечался на рентгенограммах деформированных черепов ранее. М.А. Балабанова описала случай синдрома Моргани у мужчины 50–60 лет из кургана 4 могильника Абганеро II позднесарматского времени [2006, с. 159]. Автор данной статьи выявил признаки внутреннего лобного гиперостоза на рентгенограмме мужского черепа из погребения 10 кургана 12 могильника Абганеро III, датирующегося эпохой средней бронзы [Перерва, 2013]. По современным данным лобный гиперостоз ассоциируется с определенными эндокринными нарушениями [Бужилова, 2005, с. 186]. Считается, что это заболевание передается по наследству и преимущественно по женской линии

Рентгенологическое исследование деформированных черепов золотоордынского времени...

[The Cambridge Encyclopedia..., 1998, p. 110]. Есть предположение, что недостаток женского полового гормона у женщин и избыток его у мужчин может провоцировать проявление данного маркера [Бужилова, 2000, с. 36-37].

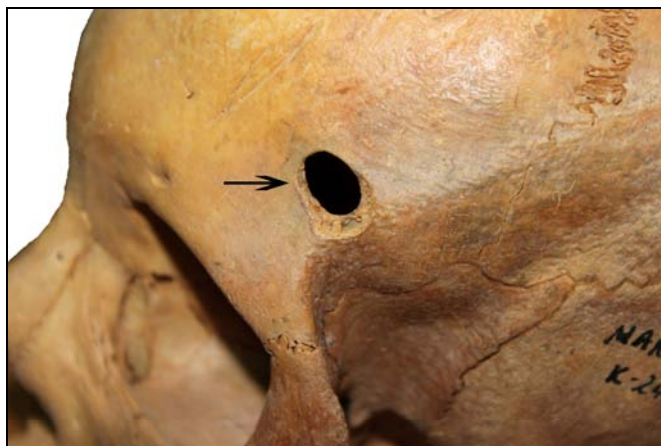


Рис. 15. Сквозное отверстие на правой части лобной кости у подростка из п. 1 к. 24 могильника Маляевка.

Особое внимание следует обратить на черепную коробку женщины 20–25 лет из погребения 1 кургана 1 могильника Абганерово II (рис. 13). Мозговой отдел черепа имеет шаровидную форму, выраженно преобладает над лицевым отделом. Череп деформирован за счет выступа лобной кости вперед. Наблюдаются элементы расхождения венечного и стреловидного шва, зубцы швов сглажены. Имеется уплощение затылочной части черепа и его основания с укорочением ската Блюменбаха и расширением задней черепной ямки. На лобной и затылочной кости усилены пальцевидные вдавления и расширены венозные лобные выпускники. Лобная и основная пазухи развиты слабо. Турецкое седло имеет следующие размеры: 9 мм в вертикальной плоскости и 13 мм в сагиттальной. Задние клиновидные отростки наклонены кпереди. Вышеуказанные рентгенологические описания характеризуют проявление гидроцефалии. Макроскопически картина патологических состояний подтверждается наличием поротического гиперостоза глазниц и костей свода черепа второго балла. На внутренней поверхности костей мозгового отдела черепа наблюдаются признаки субэпидуральных гематом, которые локализируются по обеим сторонам от стреловидного шва, а также в пальцевидных вдавлениях на лобной и теменных костях. Признаки пороза костной ткани с образованием множественных питательных отверстий выявлены на альвеолярном отростке верхней и нижней челюсти, а также на клиновидной кости в основании черепа.

У подростка 12–14 лет из погребения 1 кургана 24 могильника Маляевка с левой стороны в чешуе лобной кости имеется овальное отверстие размером 12×8 мм с четкими ровными контурами (рис. 14). Дефект косонаправленный пересекает переднюю и заднюю замыкающие пластины лобной кости. Макроскопический анализ дефекта показал, что входное отверстие в длину 14 мм, выходное 10 мм. Края острые неоформленные без следов склеротизации и воспалительного процесса. Признаков разлома кости не обнаружено, трещины отсутствуют. Не выявлено иных следов воздействия на кость. Предположительно данный дефект мог возникнуть в результате травмы или оперативного вмешательства (трепанация) (рис. 15).

Заключение

Рентгенологическое исследование непреднамеренно искусственно деформированных черепов золотоордынского времени позволяет сделать следующие выводы.

Для кочевого населения южно-русских степей в период Золотой Орды характерно широкое распространение непреднамеренной искусственной деформации простого затылочного, теменно-затылочного и промежуточного между ними типа. В настоящий момент нет сомнений, что причиной появления специфической формы головы у большей части средневекового населения Нижнего Поволжья был обычай укладывать ребенка в колыбель типа «бешик».

Следует согласиться с мнением ряда исследователей, что колыбельная деформация приводит к уплощению затылочной кости, которая впоследствии влияет на укорочение и расширение свода черепа. Об этом свидетельствует индекс головного указателя, который у большей части деформированных черепов укладывается в разряд брахикранов.

Так называемая бешиковая деформация, зафиксированная на исследованных материалах, является вариантом позиционной деформации, которую и в современности отмечают медики у младенцев. Отличие заключается лишь в том, что в эпоху средневековья по традиции дети находились в колыбели длительный период в неподвижном состоянии, тогда как в настоящее время такие строгие правила отсутствуют, в результате чего форма головы у детей выправляется.

У деформированных черепов наблюдается стойкая тенденция к увеличению толщины костей свода черепа, причем массивность костей выявлена в лобной области и резко возрастает в затылочной части.

Зафиксированные на рентгенограммах единичные признаки изменений в турецком седле, случаи внутреннего лобного гиперостоза и гиперпневматизация лобных пазух свидетельствуют о распространении в популяциях средневекового времени эндокринных заболеваний. Наблюдение подобных изменений на костях черепа в сериях более ранних культур с территории Нижнего Поволжья может быть доказательством воздействия специфического стиля жизни (кочевничество) и средовых факторов на повышение частот встречаемости гормональных расстройств. Таким образом, утверждать, что непреднамеренная искусственная деформация влияла на развитие эндокринных заболеваний, в настоящий момент затруднительно.

Рентгенологическое исследование показало, что в целом непреднамеренная модификация головы вполне совместима с нормальной жизнедеятельностью человека. Тем не менее зафиксированные признаки распространения в группе маркеров синдрома внутричерепной гипертензии в виде пальцевидных вдавлений и резко развитого сосудистого рисунка заставляют нас вернуться к точке зрения Ю.Г. Рычкова о негативном влиянии бешиковой деформации черепа на общее состояние здоровья человека. Об этом может свидетельствовать то обстоятельство, что на 8 из 16 деформированных черепов присутствует полный комплекс признаков внутричерепной гипертензии (пальцевидные вдавления и резко выраженный сосудистый рисунок, а также расширение венозных выпускников). Однако для подтверждения этого вывода необходимо провести дополнительное изучение серий без искусственной деформации черепа. Это задача следующего исследования, которое позволит оценить частоты встречаемости гипертензий в сериях недеформированных черепов и сравнить их с ранее изученными выборками с модифицированными головами.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Абрамзон С.М.* Рождение и детство киргизского ребенка // СМАЭ. 1949. Вып. XII. С. 78–139.
- Ананов М.В., Рогинский В.В., Сатанин Л.А., Зубайраев М.С.* Краниосиностоzy [Электрон. ресурс]. Режим доступа: http://shemshur.narod.ru/Portfolio/Roginsky/10-Year_5.pdf.
- Балабанова М.А.* Некоторые краниологические особенности поздних сарматов с искусственной деформацией головы // *Вопр. краеведения: Материалы VI и VII краевед. конф.* Волгоград, 1998. Вып. 4–5. С. 41–45.
- Балабанова М.А.* О древних макрокефалах Восточной Европы // *OPUS: Междисциплинарные исследования в археологии.* М.: Изд-во ИА РАН, 2004. Вып. 3. С. 171–187.
- Балабанова М.А., Сычева А.В.* Рентгенологическое исследование позднесарматских черепов // *Искусственная деформация головы человека в прошлом Евразии.* OPUS: Междисциплинарные исследования в археологии. М.: ИА РАН, 2006. Вып. 5. С. 152–163.
- Батиева Е.Ф.* Искусственно деформированные черепа в погребениях Нижнедонских могильников (первые века нашей эры) // *Искусственная деформация головы человека в прошлом Евразии.* OPUS: Междисциплинарные исследования в археологии. М.: ИА РАН, 2006. Вып. 5. С. 53–72.
- Беневоленская Ю.Д.* Проблемы этнической краниологии: Морфология затылочной области черепа Л., 1976.
- Беневоленская Ю.Д., Громов А.В.* Морфология затылочно-теменной области черепов окуневской культуры // *Окунев. сб.* СПб., 1997. С. 288–293.
- Бужилова А.П., Козловская М.В.* Были ли скифы тучными? (Антропологический анализ кремнированных останков из скифского погребения) // *Скифы и сарматы в VII–III вв. до н.э.: Палеоэкология, антропология и археология.* М., 2000. 318 с.
- Бужилова А.П.* Homo sapiens: История болезни. М.: ИА РАН, 2005. 320 с.

Рентгенологическое исследование деформированных черепов золотоордынского времени...

- Галеев Р.М.* Краниотригонометрическое исследование черепов из могильника Черновая VIII // Вестн. археологии, антропологии и этнографии. Тюмень: Изд-во ИПОС СО РАН, 2010. № 2 (13) С. 109–117.
- Гинзбург В.В., Жиров Е.В.* Антропологические материалы из Кенкольского катакомбного могильника в долине р. Талас Киргизской ССР // МАЭ. Л., 1949. Т. 10. С. 213–265.
- Гиппократ.* Избранные книги. О воздухе, водах и местностях. М., 1994. С. 275–307.
- Громов А.В.* К вопросу об искусственной деформации черепов окуневской культуры // Сибирь в панораме тысячелетий. Новосибирск, 1998. Т. 1. С. 147–156.
- Громов А.В.* Теменная и теменно-затылочная деформация у древнего населения у древнего населения древнеенеистейских степей: Морфология и обряд // OPUS: Междисциплинарные исследования в археологии. 2004. № 3. С. 162–170.
- Громов А.В., Казарницкий А.А.* К вопросу о влиянии затылочно теменной деформации на черепной указатель // Электрон. б-ка МАЭ им. Петра Великого (Кунсткамера) РАН [Электрон. ресурс]. Режим доступа: http://www.kunstkamera.ru/files/lib/978-5-88431-211-1/978-5-88431-211-1_47.pdf.
- Дебец Г.Ф.* Антропологический состав населения средневековых городов Крыма // СМАЭ. 1949. Т. XII. С. 333–386.
- Дубова Н.А.* Искусственная деформация головы у земледельцев эпохи бронзы // Искусственная деформация головы человека в прошлом Евразии. OPUS: Междисциплинарные исследования в археологии. М.: ИА РАН, 2006. Вып. 5. С. 22–36.
- Жиров Е.В.* Об искусственной деформации головы // КСИИМК. М.; Л., 1940. Вып. 8. С. 80–87.
- Жиров Е.В.* Разновидности брахикефалии // КСИИМК. 1941. X. С. 63–74.
- Зеликович Е.И., Куриленков Г.В.* Лучевая диагностика ЛОР-заболеваний // Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: Национальное руководство / Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. 736 с.
- Казарницкий А.А.* Население азово-каспийских степей в эпоху бронзы (Антропологический очерк). СПб.: Наука, 2012. 264 с.
- Касимова Р.М.* О влиянии различных типов колыбели на антропологические признаки в раннем детском возрасте в связи с изучением этногенеза азербайджанского народа. Б.: Элм, 1980. С. 8–41.
- Лопатин А. В., Яснов С.А.* Общие вопросы ранней диагностики краниосиностозов: Методические рекомендации для врачей / Рос. дет. клин. больница. М.: ПроМедиа, 2005. 26 с.
- Маклецова Н.П.* Рентгенологическое изучение искусственно деформированных черепов древних эпох из Средней Азии и Поволжья // Проблемы этнической антропологии и морфологии человека. Л., 1974. С. 165–172.
- Материалы по истории туркмен и Туркмении.* М.; Л.: АН СССР, 1939. Т. 1. 313 с.
- Медникова М.Б.* Феномен культурной деформации головы: Евразийский контекст // Искусственная деформация головы человека в прошлом Евразии // OPUS: Междисциплинарные исследования в археологии. М.: ИА РАН, 2006. Вып. 5. С. 206–229.
- Медникова М.Б., Добровольская М.В., Бужилова А.П., Шведчикова Т.Ю., Березина Н.Я.* Искусственная деформация головы в неолитическом Великенте: К вопросу о появлении традиции на Кавказе // Актуальные направления антропологии. М.: ИА РАН, 2008. С. 170–174.
- Можаев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А.* Нейрохирургия: Учеб. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2009. 480 с.
- Морозова Т.А., Зборовская И.А.* Аденомы гипофиза: Классификация, клинические проявления, подходы к лечению и тактике ведения больных // Лекарств. вестн. 2006. 7. С. 18–21.
- Перерва Е.В.* Палеопатологические особенности хазар из погребений Нижнего Поволжья // Нижне-волж. археол. вестн. Волгоград, 2003. Вып. 6. С. 179–191.
- Перерва Е.В.* Палеопатология населения хазарского времени Северного Кавказа (по материалам могильников Горькая балка 1 и 2) // МИА Сев. Кавказа. 2004. Вып. 4. С. 216–233.
- Перерва Е.В.* Рентгенологическое исследование деформированных черепов эпохи средней бронзы с территории Нижнего Поволжья: (Палеопатологический аспект) // Вестн. ВолГУ. Сер. 4, История. Регионоведение. Международные отношения. 2013. № 2 (24). С. 7–19.
- Перерва Е.В., Балабанова М.А., Зубарева Е.Г.* Коллекция искусственно деформированных черепов научно-учебного кабинета-музея антропологии Волгоградского государственного университета. Палеантропология. Волгоград, 2013. 116 с.
- Попов А.Н., Чикишева Т.А., Шпакова Е.Г.* Бойсманская археологическая культура Южного Приморья: (по материалам многослойного памятника Бойсмана-2). Новосибирск: ИАЭТ СО РАН, 1997. 96 с.
- Рохлин Д.Г.* Болезни древних людей: (Кости людей различных эпох: Нормальные и патологические изменения). М.; Л.: Наука, 1960. 302 с.
- Руцкий А.В., Михайлов А.Н.* Рентгенологический атлас: В 2 ч. Ч. 1: Болезни ополно-двигательного аппарата. Мн.: Высш. шк., 1987. 288 с.
- Рычков О.* Деформации головы в связи с обычаями ухода за детьми (по материалам антропологического обследования в Азербайджане) // Вестн. ИАЭ: Краткие сообщения. 1957. Вып. XXVII. С. 64–82.

Страбон. География: В 17 кн. / Пер., ст. и коммент. Г.А. Стратановского; Под общ. ред. проф. С.Л. Утченко. М., 1994. 941 с.

Терещенко И., Сандакова Е. Оценка краниограмм у больных с нейроэндокринными синдромами: (Конспект врача) // Мед. газ. 1999. № 62 [Электрон. ресурс]. Режим доступа: http://zhuravlev.info/a_100_-оценка-краниограмм-у-больных-с-нейроэндокринными-синдромами-конспект-врача&.

Хамнуева Л.Ю., Шагун О.В., Андреева Л.С., Кошикова И.Н., Мистяков М.В. Актуальные вопросы эндокринологии: Сб. учеб. пособий для самостоятельной внеаудиторной работы студентов. Иркутск, 2008. 221 с.

Шахворост Н.П., Жестикова М.Г., Мичкаева В.И., Данцигер Д.Г., Айкина Т.П., Брызгалова С.М. Эпидемиология больных с аденомами гипофиза по данным лечебных учреждений промышленного города // Бюл. сиб. медицины. 2009. № 1 (2). С. 95–100.

Шведчикова Т.Ю. Ранние опыты классификации искусственной деформации черепа человека // Искусственная деформация головы человека в прошлом Евразии // OPUS: Междисциплинарные исследования в археологии. М.: ИА РАН, 2006. Вып. 5. С. 198–205.

Шведчикова Т.Ю. К вопросу о распространении обычной искусственной деформации головы у населения Восточного Приаралья // Вестн. МГУ. Сер. XXIII, Антропология. № 1. 2009. С. 78–84.

Bailey A.N. Artificial Cranial Modification at the Carson Mounds Site // UW-L Journ. of Undergraduate Research. 2010. XIII. P. 1–18.

Dingwall E.J. Artificial cranial deformation: A contribution to the study of the ethnic mutilations. L.: John Bale, Sons & Danielsson, 1931.

Imbelloni J. América, cuartel general de las deformaciones // Congreso internacional de americanistas. 25. La Plata, 1933. T. 1. P. 59–68.

Hilgeman Sh.L., Black Gl.A. Artificial cranial deformation and porotic hyperostosis at Angel site, Aanderburgh county, Indiana // Proceedings of the Indiana Academy of Science. 1988. Vol. 98. P. 83–91.

Nelson G.C., Madimenos F.C. Obelionic Cranial Deformation in the Puebloan Southwest // Amer. Journ. of phys. anthropology. 2010. 143. P. 465–472.

Newmann G.K. Types of Artificial Cranial Deformation in the Eastern United States // News Letter Southeastern Archaeol. Conf. Vol. II, No. 4. March 1941. P. 3–31.

Okumura M. Differences in types of artificial cranial deformation are related to differences in frequencies of cranial and oral health markers in pre-Columbian skulls from Peru // Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi. Cienc. Hum., Belém. Vol. 9, № 1, jan.-abr. 2014. P. 15–26.

Ortner D.J., Putschar W.G.J. Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains. Washington: Smithsonian Inst. Press, 1981. 479 p.

Ridgway E.B., Weiner H.L. Skull deformities // *Pediatr Clin N Am* 51. 2004. P. 359–387.

The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology / A.C. Aufderheide, C. Rodriguez-Martin. Cambridge: Cambr. Univ. Press, 1998. 478 p.

Torres-Rouff C., Yablonsky L.T. Cranial vault modification as a cultural artifact: A comparison of the Eurasian steppes and the Andes // *HOMO. Journ. of Comparative Human Biology*. 2005. 56. P. 1–16.

Yelm B. Skull deformation of the cliff dweller // *Mesa verde notes*. Vol. VI, № 1. 1935.

Волгоград, РАНХуГС
perervafox@mail.ru

The paper presents an attempt to study pathology of crania with unintended artificial deformation with representatives of the Golden Horde time, originating from sub-mound burial sites on the territory of the Low Volga basin. The analysis of the bone material was made using method of radiologic investigation in the coronal and lateral views. Totally, subject to investigation being 20 crania, with 16 ones of those with traces of artificial deformation, and 4 ones without traces of head modification. In the course of the investigation, they viewed crania shape, bone structure of cranial vault, state of cranial sutures, evidences of intracranial hypertension, symptoms of vascular abnormalities, and signs of endocrinopathy.

Low Volga basin, crania with artificial deformation, the Golden Horde period.