

наблюдались в 1-й и 2-й группах прооперированных больных (92%). В 3-й группе хорошие результаты получены в 84% случаев. В 4-й группе неблагоприятные результаты хирургического лечения составили около 20%.

Аникин М. И., Долгов В. А., Багаутдинов А. А., Иванова Н. И. (г. Оренбург, Россия)

ОСОБЕННОСТИ МИКРОАНАТОМИИ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ СРЕДНЕГО УХА

Anikin M. I., Dolgov V. A., Bagautdinov A. A., Ivanova N. I. (Orenburg, Russia)

MICROANATOMICAL CHARACTERISTICS OF MIDDLE EAR ANTERIOR PORTIONS

Анатомическое исследование проведено на 50 височных костях от трупов взрослых людей. На серийных гистотопограммах горизонтальных срезов передних отделов среднего уха проводилась морфометрия протимпанума, полуканалов мышцы, напрягающей барабанную перепонку, слуховой трубы. Изучали различия формы, размеров, особенностей микротопографии. Выявлен ряд «узких» пространств передних отделов барабанной полости, недоступных взгляду оперирующего хирурга, где холестеатома, являющаяся осложнением хронического гнойного среднего отита, может врастать в полуканал мышцы, напрягающей барабанную перепонку, распространяясь между костными стенками полуканала, способствуя развитию рецидива заболевания. Другой особенностью микротопографии данной области является наличие в непосредственной близости воздухоносных ячеек (обнаружены в 78% случаев). Все ячейки находятся в толще височной кости и поэтому трудно поддаются ревизии во время операции. Медиально от полуканалов расположена внутренняя сонная артерия, которая отделена тонкой костной перегородкой толщиной $1,41 \pm 0,22$ мм. Минимальная толщина ее составила $0,39 \pm 0,05$ мм. Поэтому любые хирургические манипуляции в области полуканалов потенциально опасны травмой стенки внутренней сонной артерии. Также существуют анатомические предпосылки распространения холестеатомы из в полуканала, мышцы напрягающей барабанную перепонку, в полуканал слуховой трубы. Таким образом, передние отделы среднего уха имеют сложную микротопографию и выраженную анатомическую изменчивость, что затрудняет их санацию во время операции и способствует рецидиву патологического процесса в среднем ухе.

Аникина Е. Ю., Варакута Е. Ю., Потанов А. В., Зуева Э. К., Трифонова Е. И. (г. Томск, Россия)

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГАНГЛИОНАРНЫХ НЕЙРОНОВ СЕТЧАТКИ ПРИ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОМ СВЕТОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ФОНЕ ВОЗРАСТНОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ

Anikina Ye. Yu., Varakuta Ye. Yu., Potapov A. V., Zueyva E. K., Trifonova Ye. I. (Tomsk, Russia)

MORPHOLOGICAL CHANGES IN RETINAL GANGLION NEURONS AFTER EXPOSURE TO HIGH-INTENSITY LIGHT AGAINST THE BACKGROUND OF AGE-RELATED CHORIORETINAL DEGENERATION

На сегодняшний день распространенной патологией органа зрения считается возрастная хориоретинальная дистрофия. Значимым вопросом является влияние света высокой интенсивности на течение данного заболевания и характер деструкции структурных компонентов сетчатки. В эксперименте две группы крыс Вистар ($n=20$) в возрасте 3 и 18 мес подверглись воздействию светом 3500 лк в течение 7 сут. В качестве контроля использовались интактные крысы в возрасте 3 и 18 мес ($n=10$). У животных в возрасте 18 мес присутствовали очаги повреждения сетчатки, характерные для возрастной дистрофии. После светового воздействия отмечалась значительная деструкция нейронов ганглионарного слоя, выраженность которой достигала максимума у животных с дистрофией. Наблюдалось возрастание количества клеток с явлениями очагового и тотального хромотолиза, числа гиперхромных пикноморфных нейронов. Электронная микроскопия показала деструктивные изменения органелл в перикарионах большинства клеток. Максимальная выраженность этих процессов была характерна для группы животных в возрасте 18 мес при воздействии светом. Количество пикноморфных нейронов в данной группе в 3,47 раза выше, чем у интактных крыс в 18 мес, и в 7,32 раза больше значений у животных в возрасте 3 мес из контрольной группы. Таким образом, при воздействии света высокой интенсивности нарастает выраженность морфологических проявлений возрастной хориоретинальной дистрофии.

Анисимова Е. А., Зоткин В. В., Анисимов Д. И. (г. Саратов, Россия)

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ

Anisimova Ye. A., Zotkin V. V., Anisimov D. I. (Saratov, Russia)

RADIOGRAPHIC PARAMETERS OF CHILDREN WITH HIP DYSPLASIA DEPENDING ON AGE AND DYSPLASIA SEVERITY

С целью выявления закономерностей изменчивости рентгенологических признаков тазобедренных суставов (ТБС) у детей с дисплазией обследованы пациенты 1–3 лет (детей 82/суставов 113), 4–7 лет (132/177) и 8–12 лет (33/41) (всего 247/331). В каждой возрастной группе ранжированием, с применением компьютерной программы комплексной оценки выделены подгруппы в зависимости от степени выраженности диспластических изменений (I — легкие, II — уме-

ренные, III — выраженные). Угол Виберга, характеризующий степень развития вертлужной впадины, с возрастом увеличивается, а по мере нарастания диспластических изменений уменьшается у детей 1–3 лет от $19,5 \pm 2,8^\circ$ при легких изменениях, до $13,0 \pm 2,1^\circ$ — при умеренных и до $8,0 \pm 1,2^\circ$ — при выраженных. У детей 4–7 лет он составляет $23,0 \pm 0,9$, $17,5 \pm 0,7$, $6,0 \pm 0,4^\circ$ соответственно; у детей 8–12 лет — $24,0 \pm 1,6$, $17,0 \pm 1,2$, $10,0 \pm 0,8^\circ$ соответственно. Угол Шарпа (УШ), ацетабулярный (АУ) и шеечно-диафизарный (ШДУ) углы с нарастанием признаков дисплазии увеличиваются. УШ при легкой степени дисплазии у детей 1–3 лет составляет $51,0 \pm 2,9^\circ$, 4–7 лет — $54,0 \pm 2,8^\circ$, 8–12 лет — $50,0 \pm 3,0^\circ$; при умеренной степени — $58,0 \pm 3,2^\circ$, $61,5 \pm 3,5^\circ$, $59,0 \pm 3,1^\circ$ соответственно; при выраженной — $63,0 \pm 3,6^\circ$, $68,0 \pm 4,1^\circ$, $64,0 \pm 3,8^\circ$ соответственно. АУ в возрастных группах соответственно составляет: I — $27,6 \pm 2,0^\circ$, II — $33,3 \pm 2,4^\circ$, III — $40,0 \pm 3,8^\circ$; I — $22,0 \pm 1,7^\circ$, II — $26,0 \pm 1,9^\circ$, III — $42,0 \pm 3,4^\circ$; I — $18,0 \pm 1,1^\circ$, II — $24,0 \pm 1,8^\circ$, III — $33,0 \pm 2,9^\circ$; ШДУ: I — $148,5 \pm 8,5^\circ$, II — $157,0 \pm 9,2^\circ$, III — $162,0 \pm 10,8^\circ$; I — $137,0 \pm 7,7^\circ$, II — $144,0 \pm 11,6^\circ$, III — $148,0 \pm 10,4^\circ$; I — $134,0 \pm 11,1^\circ$, II — $138,0 \pm 11,8^\circ$, III — $154,0 \pm 22,9^\circ$. Таким образом, угловые рентгенологические характеристики ТБС имеют возрастные особенности и изменяются с нарастанием диспластических нарушений элементов ТБС.

Анохина Ж. А., Соколов Д. А. (г. Воронеж, Россия)

ИПСИЛАТЕРАЛЬНАЯ АНОМАЛИЯ СРЕДИННОГО НЕРВА, АССОЦИИРОВАННАЯ С НАЛИЧИЕМ ДОБАВОЧНОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

Anokhina Zh. A., Sokolov D. A. (Voronezh, Russia)

IPSILATERAL ANOMALY OF MEDIAN NERVE ASSOCIATED WITH THE PRESENCE OF AN ACCESSORY HEAD OF BICEPS BRACHII MUSCLE

Вопросы границ морфологической изменчивости организма человека интересовали анатомов и клиницистов всегда. При препарировании на практических занятиях анатомического кружка труппа мужского пола в возрасте 55 лет нами было обнаружено наличие анастомоза между *n. medianus* и *n. musculocutaneus* на плече. На уровне отхождения от плечевой артерии глубокой артерии плеча указанные нервы давали ветви, соединяющиеся на внутренней поверхности добавочной (третьей) головки *m. biceps brachii*. Как известно, в норме *n. medianus* на плече ветвей не дает. В литературе отмечается, что аномалии ветвления нерва обычно связаны с его соединением с *n. ulnaris*, и чаще всего встречаются в дистальных отделах верхней конечности. Поэтому мы считаем, что обнаруженная нами аномалия связана с нарушениями процесса дифференцировки мышц плеча, приведшим к образованию добавочной головки *m. biceps brachii*. Добавочная головка мышцы была выявлена только слева. Длинная и короткая головки начинались типично. Добавочная третья головка начиналась

в дистальной трети плеча на 15 см выше локтевого сгиба, имела длину 12 см и ширину 0,8 см у основания головки, на уровне 3 см выше верхнего края локтевого сгиба соединялась с двумя другими головками. Место прикрепления мышцы было типичным (бугристость лучевой кости). Сложные процессы дифференцировки мышц верхней конечности в процессе онтогенеза являются причиной значительного числа разнообразных аномалий и вариантов нервов данной области тела и требуют дальнейшего изучения и систематизации.

Антонов С. Д., Брюхин Г. В. (г. Челябинск, Россия)

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕРАТИВНОГО АППАРАТА ЯИЧЕК ПОТОМСТВА САМОК КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Antonov S. D., Bryukhin G. V. (Chelyabinsk, Russia)

MORPHO-FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF GENERATIVE APPARATUS OF THE TESTES OF THE OFFSPRING OF FEMALE RATS WITH EXPERIMENTAL TYPE 1 DIABETES

Изучено влияние экспериментального диабета 1 типа самок крыс на особенности морфофункционального становления генеративного аппарата яичек половозрелого потомства. Всего использовано 15 животных подопытной группы и 10 животных интактной группы. Экспериментальный диабет вызывался стрептозотоцином (*Streptozotocin*; MP Biomedicals, LLC; USA) по общепринятой методике. Установлено, что у подопытных 70-суточных крысят имеет место нарушение репродуктивной функции, что нашло свое проявление в уменьшении абсолютной и относительной массы яичек, площади паренхимы, диаметра и площади семенных извитых канальцев, толщины сперматогенного эпителия, а также увеличении числа канальцев со слущенным эпителием. Вместе с тем у потомства самок крыс с экспериментальным диабетом имеет место снижение суммарного содержания и жизнеспособности сперматозоидов, а также изменение их субпопуляционного состава: снижение фракции фертильных сперматозоидов, в том числе прогрессивно подвижных и слабо подвижных, и увеличение фракции нефертильных (дергающихся и неподвижных) сперматозоидов. Обращает на себя внимание увеличение у подопытных животных содержания мертвых и атипичных форм сперматозоидов. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что экспериментальный диабет 1 типа матери оказывает негативное влияние на процессы сперматогенеза потомства, что, несомненно, может обусловить угнетение его фертильности.

Антропова Е. С., Лаверукова О. С. (г. Петрозаводск, Россия)

РЕДКИЙ ВАРИАНТ СТРОЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ