

и контрольной группах. На 70-е сутки после заражения подопытных кроликов выводили из эксперимента и проводили гистологические исследование кожи ушной раковины. У зараженных псороптозом кроликов наблюдается гиперплазия базальных клеток, акантоз, гипер- и паракератоз клеток эпидермиса. Репаративная регенерация многослойного ороговевающего эпителия развивается в ответ на постоянное повреждение (расчесывание, зуд). Однако нанесение раны на кожу чаще всего сопровождается с повреждением дермы кожи, с инфицированием ран, все это приводит к различным осложнениям и неполноценному заживлению ран. Рана закрывается, главным образом, за счет размножения эпителиальных клеток базального и шиповатого слоев. При этом число клеток ростковой зоны резко увеличивается за счет активного митоза стволовых клеток эпителиального покрова. Во многих случаях ростковая зона эпидермиса утолщается за счет интенсивного деления клеток, особенно клеток базального слоя, отчасти и за счет зернистого слоя. В результате постоянной механической травмы (зуда и расчесывания), десквамирующие роговые чешуйки удаляются, и кожный покров лишается такой важной функции защитного механизма как постоянное удаление прикрепившихся к ним патогенных микроорганизмов, способных к внедрению в подлежащую ткань (дерму кожи), т.е. кожный покров не способен выполнять барьерную функцию. Иногда встречаются участки кожи, с внутренней поверхности ушной раковины, с полным разрушением эпидермиса. Одновременно определяются острые и хронические воспалительные процессы, проявляющиеся инфильтрацией тканей нейтрофилами, лимфоцитами, моноцитами, макрофагами, тучными клетками, плазмócитами, фибробластами и фиброцитами.

Байбаков С. Е., Бахарева Н. С. (г. Краснодар, Россия)

ОСОБЕННОСТИ МИЕЛИНИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕТЕЙ

Baibakov S. Ye., Bakhareva N. S. (Krasnodar, Russia)

PECULIARITIES OF BRAIN MYELINIZATION IN CHILDREN

Целью исследования явилось изучение возрастных особенностей миелинизации головного мозга детей. Исследование проводилось на архивах T1- и T2-взвешенных магнитно-резонансных томограммах (МРТ) пациентов без признаков органических изменений черепа и головного мозга по авторской методике с соблюдением этических норм. Исследование проводилось у 30 мальчиков и 30 девочек в возрасте от 10 сут до 3 лет. У новорожденных детей контраст между серым и белым веществом полушарий конечного мозга противоположен таковому в зрелом возрасте: белое вещество имеет сигнал меньшей интенсивности на T1- и большей — на T2-взвешенных изображениях. Изменение контраста большей части белого вещества полушарий на противоположный происхо-

дит в течение первого года жизни. По данным МРТ процесс миелинизации идет от затылочного полюса к лобному полюсу, от нижнего края к верхнему краю полушарий. Миелинизация проводящих структур направлена от центральных к периферическим участкам мозга. Первыми миелинизируются средние ножки мозжечка и полушария мозжечка. По долям последовательность распространения процессов миелинизации следующая: затылочная доля, теменная и височная доли, лобная доля. К 10 мес МР-контраст мозолистого тела приобретает черты зрелого. К возрасту 1,5–2 лет головной мозг детей приобретает характеристики, близкие к характеристикам зрелого мозга. Выявленные особенности миелинизации головного мозга детей требуют дальнейшего изучения и могут представлять интерес для специалистов в области нейроанатомии, нейровизуализации, педиатрии, неврологии, психиатрии и психологии детского возраста.

Байбаков С. Е., Дорогань В. В., Бахарева Н. С.,

Дорогань В. В. (г. Краснодар, Россия)

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Baibakov S. Ye., Dorogan V. V., Bakhareva N. S.,

Dorogan V. V. (Krasnodar, Russia)

GENDER-SPECIFIC FEATURES OF THE MANDIBLE IN PERSONS OF MATURE AGE

Целью работы явилось изучение гендерных различий в параметрах нижней челюсти у людей зрелого возраста. Была использована компьютерная конусно-лучевая томография (компьютерный томограф фирмы VaiTech). Анализ рентгеноанатомических данных 41 нижней челюсти был произведен в аксиальной и фронтальной проекциях. Установлено, что в группе мужчин больше оказалась общая высота кости в области первого премоляра как слева ($32,18 \pm 0,43$ против $28,57 \pm 0,40$ мм), так и справа ($31,57 \pm 0,38$ против $28,21 \pm 0,38$ мм); в области второго премоляра как слева ($31,30 \pm 0,48$ против $27,64 \pm 0,42$ мм), так и справа ($30,47 \pm 0,44$ против $27,64 \pm 0,39$ мм), в области первого моляра как слева ($30,04 \pm 0,45$ против $25,44 \pm 0,54$ мм), так и справа ($29,43 \pm 0,45$ против $25,36 \pm 0,55$ мм). В группе мужчин больше по сравнению с женщинами оказалась высота нижней челюсти над челюстно-подъязычной линией в области первого премоляра как слева ($16,67 \pm 0,47$ против $13,68 \pm 0,45$ мм), так и справа ($16,28 \pm 0,45$ против $13,84 \pm 0,41$ мм); в области второго премоляра как слева ($15,52 \pm 0,53$ против $11,93 \pm 0,60$ мм), так и справа ($15,45 \pm 0,50$ против $12,23 \pm 0,56$ мм); в области первого моляра как слева ($15,39 \pm 0,37$ против $11,22 \pm 0,45$ мм), так и справа ($15,10 \pm 0,46$ против $11,68 \pm 0,43$ мм), а также общая длина первого моляра как слева ($21,28 \pm 0,37$ против $19,46 \pm 0,40$ мм), так и справа ($20,87 \pm 0,25$ против $19,12 \pm 0,37$ мм); длина корня первого моляра как слева ($13,06 \pm 0,36$ против $11,23 \pm 0,36$ мм), так и справа ($12,85 \pm 0,30$ против $11,44 \pm 0,42$ мм) и основание право-