

нижняя полюсная артерия и реже (в 18,2%) — верхняя. Наличие обеих полюсных артерий было отмечено в 22,7% случаев. Венозный отток от селезенки осуществляется через одиночную вену. В большинстве препаратов (в 82,6% случаев) селезеночная вена (СВ) образуется сразу у ворот селезенки. Только в 17,4% случаев слияние вен I порядка происходило на расстоянии от 1,0 до 3,0 см от ворот. Образование СВ в 39,5% случаев проходило при слиянии вен I порядка под острым углом, в 27,9% случаев — под углом в 90°, в 4,6% случаев — под углом в 180°. В 16,3% случаев СВ образовывалась путем слияния 3 вен I порядка. В 1,2% случаев 5 венозных стволов I порядка вливались в СВ по магистральному типу. В 10,5% случаев в СВ вливались 3–4 вены I порядка радиарно и односторонне.

*Береснева О.Ю., Максимова А.В., Сазонов С.В.*  
(г. Екатеринбург, Россия)

#### **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ**

*Beresneva O.Yu., Maksimova A.V., Sazonov S.V.*  
(Yekaterinburg, Russia)

#### **SOME FEATURES OF EDUCATIONAL MOTIVATION OF STUDENTS IN THE DEPARTMENT OF HISTOLOGY**

На кафедре гистологии УГМА провели анкетирование 106 студентов II курса различных факультетов с целью определения мотивации учебной деятельности на кафедре при изучении предмета, места дисциплины в процессе подготовки специалиста. Для студентов (в среднем по факультетам для 65%) наиболее значимыми являются мотивы обеспечения успешной профессиональной деятельности. Наиболее высока мотивация у студентов педиатрического факультета (75,6%), самая низкая — на медико-профилактическом факультете (40%). Личность преподавателя является мотивирующим фактором у 42% студентов. Мотив общения указали 57% и 42% студентов лечебно-профилактического и педиатрического факультетов соответственно. Менее значимым этот мотив является для студентов медико-профилактического и стоматологического факультетов (30 и 21% соответственно). На 3-м месте — мотив получения проходного балла на экзамене. Для 25–28% студентов всех факультетов важно просто сдать экзамен, 24% студентов педиатрического и лечебно-профилактического факультетов заинтересованы в получении высокого балла по дисциплине (желание получить «автомат», «в эту сессию еще анатомию сдавать»). Студенты стоматологического и медико-профилактического факультетов не претендуют на получение высокого балла на экзамене по предмету. Навыки микроскопирования, приобретаемые на кафедре гистологии, необходимы студентам для успешного обучения на других кафедрах (85% всех респондентов), «просто интересно» — для 49%, могут обойтись без навыков микроскопирования 2% студентов (0% — на педиатрическом и медико-профилактическом; 2,7% — на лечебном; 5,3% — на стоматологическом).

*Бессонов Н.Ю., Гайворонский И.Н.*  
(Санкт-Петербург, Россия)

#### **ВАРИАНТЫ ФОРМ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА**

*Bessonov N.Yu., Gaivoronskiy I.N.* (St.Petersburg, Russia)

#### **VARIANTS OF FORMS OF THE LESSER PELVIS CAVITY**

Целью исследования явилось комплексное морфометрическое изучение костного таза и разработка оригинальных подходов к оценке формы полости малого таза (ПМТ), позволяющих оценивать индивидуальные особенности, предрасполагающие к развитию несостоятельности тазового дна. Проведено исследование 91 препарата костного таза с сохранёнными связками. На основании морфометрических параметров можно выделить 3 формы ПМТ — суживающуюся книзу, цилиндрическую и расширяющуюся книзу. В 31 случае выявлена суживающаяся книзу форма ПМТ, при которой отношение продольных размеров входа и выхода из малого таза было больше единицы и находилось в диапазоне 1,06–1,3. В 27 случаях отмечена форма, приближенная к цилиндрической, при которой прямые размеры входа и выхода были приблизительно равны, а их отношение стремилось к единице (1,00–1,05). К форме ПМТ, расширяющейся книзу, с отношением продольных размеров меньше единицы (0,86–0,99), было отнесено 33 объекта. Таким образом, наблюдалось относительно равномерное распределение всех 3 форм ПМТ. Выявленные особенности расширяющейся книзу формы ПМТ могут являться анатомическими факторами, предрасполагающими к развитию несостоятельности тазового дна.

*Бибикова А.А., Баженов Д.В., Блинова Н.В.,  
Медведева А.А., Благодрава И.О.* (г. Тверь, Россия)

#### **ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

*Bibikova A.A., Bazhenov D.V., Blinova N.V.,  
Medvedeva A.A., Blagodraova I.O.* (Tver', Russia)

#### **CHANGES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ESOPHAGUS IN AGE ASPECT**

При осмотре внутренней поверхности пищевода 47 новорожденных и детей 1-го года жизни в области «внутридиафрагмального» сегмента (ВДСП) выявлена повышенная складчатость слизистой оболочки. В 22% наряду с продольными складками (ПС) отмечены и хаотично расположенные косые и циркулярные складки. К концу 1-го года увеличивается толщина и высота ПС, тем самым создается дополнительная герметичность при сокращении функционально «незрелого» кардиального сфинктера, препятствующая желудочно-пищеводному рефлюксу. К концу 3-го года жизни высота ПС в зоне ВДСП составляет 10,7 мм, толщина — 0,73 мм, в наддиафрагмальном сегменте пищевода (НДСП) — 0,46 и 0,31 мм соответственно. Повышенная складчатость в зоне ВДСП по сравнению с НДСП сохраняется до начала юношеского периода, т.е. до момента окончательного становления функциональной

активности кардиального сфинктера (КС). В пожилом и старческом возрасте (48 препаратов) наблюдается увеличение высоты ПС слизистой оболочки во ВДСП и в поддиафрагмальном участке. Это связано с атрофией мышечных волокон КС и невозможностью выполнения пищеводным отверстием диафрагмы роли наружного «жома», а также необходимостью включения компенсаторного механизма в виде повышенной складчатости слизистой оболочки в ПДСП и ВДСП, являющихся «слизистым клапаном», препятствующим желудочно-пищеводному рефлюксу. Это необходимо учитывать при проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии и оценивать как физиологическую норму.

*Бикмуллин Р.А.* (г. Уфа, Россия)

#### **ОПОРНЫЕ СТРУКТУРЫ ОБЩЕГО ПОКРОВА ЧЕЛОВЕКА**

*Bikmullin R.A.* (Ufa, Russia)

#### **THE SUPPORTING STRUCTURES OF THE HUMAN INTEGUMENT**

Проведен анализ морфофункциональных особенностей опорных структур общего покрова (ОСОП) ладоней и подошв человека, которые закреплены эпигенетически. Факты, доказывающие это положение, были получены на основании собственных морфологических и клинических наблюдений и по данным литературы. 1. Особенности строения кожи этих областей тела были четко прослежены нами еще до начала действия специфических функциональных нагрузок — в эмбриональном периоде развития. 2. По нашим данным и данным литературы, кожные покровы других частей тела при пластике ими опорных поверхностей культей нижних конечностей или подошв не выдерживают специфических нагрузок. 3. Пластика культей нижних конечностей или подошв ОСОП создает функционально полноценные опорные поверхности на указанных отделах конечностей. 4. По данным литературы, культура аутологических кератиноцитов подошвы, пересаженная на другие участки тела, формирует трансплантат, по строению и биохимическому составу сходный с материнской кожей. 5. Нами показано, что ОСОП отличаются уникальностью биомеханических свойств, а по данным литературы, они также проявляют своеобразную реактивность при патологических и физиологических процессах. Заключение об эпигенетической детерминированности морфофункционального своеобразия ОСОП приводит к основополагающему выводу, что ОСОП являются особыми органами человеческого тела.

*Бикмуллин Р.А., Валиуллин Д.Р.,  
Тимербулатов Ш.В.* (г. Уфа, Россия)

#### **ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОБЛАСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА**

*Bikmullin R.A., Valiullin D.R., Timerbulatov Sh.V.* (Ufa, Russia)

#### **VARIANTS OF BLOOD SUPPLY TO THE AREA OF GASTROESOPHAGEAL TRANSITION**

В последние годы в абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии большое внимание уделяется пато-

логическим процессам в области гастроэзофагеального перехода (ГЭП). По данным литературы, основным источником питания области ГЭП является левая желудочная артерия (ЛЖА). Проведены исследования на материале, полученном от трупов 10 людей, умерших от причин, не связанных с патологией пищеварительного тракта. Использовали методы обычного и макромикротрепарирования, фотографирование, графическое моделирование мест отхождения, топографии, ветвления и диаметров артерий, кровоснабжающих область ГЭП. По результатам исследований, к 1-му основному варианту кровоснабжения области ГЭП относятся те случаи, когда к указанной области отходят артериальные ветви только от ствола ЛЖА. По количеству ветвей, отходящих от ЛЖА к области ГЭП, впервые выделены 3 формы кровоснабжения данной области. Кроме основного, обнаружены еще 3 дополнительных варианта отхождения источников кровоснабжения области ГЭП, не описанные в литературе: 1) к области ГЭП отходит ветвь непосредственно от чревного ствола; 2) к области ГЭП подходит дополнительная ветвь от селезеночной артерии; 3) 4–5 дополнительных артериальных сосудов подходят к области ГЭП от грудного и брюшного отделов аорты. Эти дополнительные источники могут выявляться при ультразвуковой доплерографии и ангиографии и должны учитываться при хирургическом и эндоваскулярном лечении кровотечений из области ГЭП.

*Бикмуллин Р.А., Насибуллина Л.Г.* (г. Уфа, Россия)

#### **ПРОЕКЦИОННАЯ ФАЦИЕСТОПИЯ СОСУДОВ, НЕРВОВ И МЫШЦ ПОДОШВЫ**

*Bikmullin R.A., Nasibullina L.G.* (Ufa, Russia)

#### **PROJECTIONAL FACIESTOPIA OF VESSELS, NERVES AND MUSCLES OF SOLE**

Термином «проекционная фациестопия» мы обозначаем ортогональную проекцию глубже лежащих структур на поверхность тела. Проекционные линии (ПЛ), используемые при оперативных вмешательствах для нахождения медиального и латерального сосудисто-нервных пучков (МСНП и ЛСНП) подошвы, не могут дать точного указания их расположения. Во-первых, с помощью этих ПЛ невозможно описать положение всех анатомических структур. Во-вторых, они не учитывают индивидуальную изменчивость их топографии. В-третьих, с помощью них невозможно описать криволинейный ход сосудисто-нервных пучков. Материалом для исследования послужили стопы (n=14) от трупов взрослых людей и ампутированных нижних конечностей. Применялись методы препарирования, фотографирования и картирования анатомических структур с помощью координатной сетки подошвы, разработанной Бикмуллиным Р. А. с соавт. Изучены абсолютные и относительные отклонения (АО и ОО) МСНП и ЛСНП от ПЛ. Величины АО колебались от 1 до 29 мм. ОО от одного из видов ПЛ ЛСНП в 8% случаев не превышали 9%, в 56% случаев они находились в пределах 10–29%, а в 36% случаев