

точностью до 0,1 см). Исследования соответствовали Приказу МЗ РФ № 226 от 19.06.2003 «Правила клинической практики в РФ». Установлено, что поперечный размер ГК в связи с взрослением мальчиков значимо ($P < 0,05$) увеличивался, тогда, как продольный диаметр ГК значимо не изменялся ($P > 0,05$). Возрастной прирост поперечного диаметра ГК в абсолютных значениях у мальчиков с 8 до 12 лет с АР составил 2,52 см, у здоровых мальчиков — 2,51 см. Возрастной прирост продольного диаметра ГК у мальчиков с АР в абсолютных значениях равен 0,47 см, у их здоровых сверстников — 0,45 см. Возрастной прирост поперечного диаметра ГК по годам у мальчиков с АР: с 8 до 9 лет — 0,55 см, с 9 до 10 — 0,54 см, с 10 до 11 лет — 0,61 см, с 11 до 12 лет — 0,82 см. Возрастной прирост продольного диаметра ГК по годам соответственно составил: 0,11 см, 0,12 см, 0,15 см, 0,09 см. Можно заключить, что АР не влияет на процессы роста и развития ГК у мальчиков периода второго детства.

Гуртовая М.Н., Прокопьев Н.Я. (г. Тюмень, Россия)

ДЛИНА ТУЛОВИЩА У МАЛЬЧИКОВ 8–12 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ТЮМЕНЬ, БОЛЕЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Gurtovaya M.N., Prokopiye N.Ya. (Tyumen', Russia)

THE LENGTH OF THE TRUNK IN BOYS AGED 8–12 YEARS LIVING IN THE CITY OF TYUMEN' SUFFERING FROM ALLERGIC RHINITIS

Обследованы 138 мальчиков 8–12 лет, страдающих сезонным аллергическим ринитом (АР), в том числе: 8 лет — 22 человека, 9 лет — 31, 10 лет — 26, 11 лет — 29, 12 лет — 30 человек. Антропометрические измерения проводили стандартным набором в соответствии с методическими указаниями НИИ Антропологии МГУ. Исследования соответствовали Приказу МЗ РФ № 226 от 19.06.2003 «Правила клинической практики в РФ». Установлено, что за возрастной период с 8 до 12 лет у мальчиков с лёгкой степенью тяжести (ЛСТ) клинического течения АР длина туловища (ДТ) значимо ($P < 0,05$) увеличилась (в абсолютных размерах — на 5,55 см). За тот же возрастной период ДТ у мальчиков со средней степенью тяжести (ССТ) клинического течения АР увеличилась на 6,56 см ($P < 0,05$). Возрастной прирост ДТ по годам у мальчиков с ЛСТ клинического течения АР: с 8 до 9 лет — 0,58 см, с 9 до 10 лет — 1,06 см, с 10 до 11 лет — 2,09 см, с 11 до 12 лет — 1,82 см. За тот же возрастной период прирост ДТ у мальчиков со ССТ клинического течения АР соответственно составил: 0,63 см, 1,10 см, 2,13 см, 2,70 см. Если рассматривать абсолютную ДТ, то она была больше у мальчиков 8, 9 и 10 лет с ЛСТ клинического течения АР. В возрасте 11 и 12 лет абсолютная ДТ у мальчиков с клиническим течением АР ССТ была больше, чем у их сверстников с ЛСТ клинического течения АР, хотя различие не значимо. Исследования показали, что тяжесть клинического течения АР не влияет на возрастные значения ДТ мальчиков 8–12 лет, проживающих в г. Тюмень.

Гусев Д.В. (г. Оренбург, Россия)

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОСТА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В РАННЕМ ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА

Gusev D.V. (Orenburg, Russia)

MORPHOMETRIC CHARACTERISTIC OF THE HUMAN PONS IN THE EARLY FETAL PERIOD OF ONTOGENESIS

В современной литературе есть отдельные публикации, касающиеся структур моста мозга только в позднем плодном периоде онтогенеза человека. В связи с этим, на материале, от 40 плодов человека на 16–22-й неделе развития, полученных в результате прерывания беременности по социальным показаниям, были изучены морфометрические характеристики моста мозга в раннем плодном периоде онтогенеза. Проводили поэтапное макромикроскопическое препарирование, включающее: вскрытие черепной коробки, отделение мозговых оболочек с последующим полным обнажением заднего мозга и отсечением мозжечка, что позволяло осуществлять доступ к задней (дорсальной) поверхности моста. В ходе работы были изучены морфометрические характеристики моста в целом, а также каждой из его частей — верхней, средней, нижней. Установлено, что мост значительно превосходит продолговатый мозг по такому показателю, как толщина, образуя спереди и с боков перстневидный выступ. От продолговатого мозга мост отделяется глубокой горизонтальной бороздой (средняя длина — $4,01 \pm 0,71$ мм), из которой выходят корешки VI, VII и VIII пар черепных нервов. Средняя длина линии, проведенной сверху вниз через место выхода V пары черепных нервов, которую в литературе обозначают как границу между мостом и средней мозжечковой ножкой, составила $0,27 \pm 0,03$ мм. Средняя ширина верхнего треугольника ромбовидной ямки, составляющей заднюю поверхность моста, в изученном периоде была равна $4,91 \pm 0,73$ мм.

Гусева Ю.А., Денисов С.Д. (г. Минск, Беларусь)

СИНДРОМ ШТИЛЛИНГА–ТЮРКА–ДУЭЙНА И АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБОВ ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Guseva Yu.A., Denisov S.D. (Minsk, Belarus)

STILLING–TURK–DUANE SYNDROME AND ANATOMIC BASIS FOR ITS SURGICAL CORRECTION

Синдром Штиллинга–Тюрка–Дуэйна (Ш–Т–Д) вызван недоразвитием ядра отводящего нерва, в результате чего латеральная прямая мышца иннервируется нижней ветвью глазодвигательного нерва и ограниченная попытка приведения сопровождается ретракцией глазного яблока в глазницу. Цель исследования — оценить эффективность 2 видов хирургического вмешательства на глазах, пораженных синдромом Ш–Т–Д I типа: транспозиция верхней (ВЛМ) и латеральной прямых мышц (ЛПМ) и рецессия медиальной прямой мышцы (МПМ) пораженного глаза. Исследование про-