

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 PONTS 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-

ведено на 20 пациентах с синдромом Ш–Т–Д I типа, из них 10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 3 до 26 лет. Определяли степень тортиколлуса и эзотропии с помощью призм, подвижность глазных мышц, бинокулярное зрение — с помощью стереотеста. Способность к отведению глаза оценивали до операции и после ее по шкале: от 0 — полное отведение до –4 — полное отсутствие отведения. В результате исследования установлено, что операция транспозиции ВЛМ и ЛПМ привела к улучшению отведения в 50% случаев, причем при различных предоперационных показателях дефицита отведения (от –2 до –4). Улучшение отведения (максимум на 2 балла) также отмечено у 25% человек из группы, в которой проведена только рецессия МПМ. Ограничение отведения ЛПМ не всегда оценивается объективно, оно может маскироваться гиперфункцией антагониста — МПМ. Эффект операции зависит не только от ее способа, но и от функциональных особенностей мышц, что обуславливает необходимость проведения электромиографии ЛПМ глаза у пациентов с синдромом Ш–Т–Д с целью предсказать результат операции.

Гусейнов Б.М. (г. Баку, Азербайджан)

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗ ТРАХЕИ И ГЛАВНЫХ БРОНХОВ ЧЕЛОВЕКА

Guseynov B.M. (Baku, Azerbaijan)

AGE PECULIARITIES OF THE MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE GLANDS OF HUMAN TRACHEA AND MAIN BRONCHI

В настоящее время многие вопросы строения желез трахеи и главных бронхов человека требуют уточнения. Остается неясным вопрос о количестве желез трахеи и главных бронхов. Целью исследования явилось получение количественных данных о железах трахеи и главных бронхов у людей разного возраста. Методом макромикроскопии изучены железы трахеи и главных бронхов на препаратах, полученных от трупов 130 человек в возрасте от периода новорожденности до старческого. Железы окрашивали 0,05% раствором метиленового синего. Результаты исследования показали, что железы трахеи и главных бронхов выявляются на всем протяжении как хрящевой, так и перепончатой стенок трахеи. В хрящевой стенке (межхрящевые и предхрящевые) их секреторные отделы располагаются в подслизистой основе и волокнистой оболочке. Подсчёт количества устьев позволяет судить об общем числе. В трахео-бронхиальном дереве в целом этот показатель варьирует от 3191 (новорожденные дети) до 5960 желез в I периоде зрелого возраста. В трахее и обоих бронхах данный показатель на протяжении онтогенеза минимален в период новорожденности, достигает максимума в возрасте 22–35 лет, снижаясь к старческому возрасту и периоду долгожительства. Уменьшение числа желез на поздних этапах онтогенеза отражает процесс инволюции.

Гусейнов Т.С. (г. Махачкала, Россия)

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ШЕЙНЫХ АРТЕРИЙ У ЧЕЛОВЕКА

Guseinov T.S. (Makhachkala, Russia)

VARIANT ANATOMY OF HUMAN CERVICAL ARTERIES

Вариантная анатомия артерий шеи у человека применительно к топографоанатомическим образованиям изучена недостаточно. Знание вариантов анатомии и топографии артерий шеи, в частности, общей сонной артерии (ОСА), наружной сонной артерии (НСА) и внутренней сонной артерии (ВСА), представляет значительный интерес для хирургов, стоматологов, онкологов, рентгенологов и представителей других медицинских специальностей. Различные варианты артерий шеи изучены при препарировании трупов 27 людей зрелого возраста (31–65 лет). Определяли ветви НСА, деление ОСА относительно топографоанатомических образований. Уровень деления ОСА на НСА и ВСА, по нашим наблюдениям, определяется топографоанатомически по следующим ориентирам: 1) верхний край щитовидного хряща (74,1%); 2) середина щитовидного хряща (9,8%); 3) нижний край щитовидного хряща (5,1%); 4) тело подъязычной кости (5,6%); 5) большие рога подъязычной кости (1,4%); 6) участок выше подъязычной кости (2,3%); 7) участок ниже подъязычной кости (1,6%); 8) уровень перстневидного хряща (0,3%). Наиболее часто (83,9%) ОСА делится на НСА и ВСА на уровне верхнего края и середины щитовидного хряща; редко встречается низкое деление на уровне перстневидного хряща (0,3%).

Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т. (г. Махачкала, Россия)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

Guseinov T.S., Guseinova S.T. (Makhachkala, Russia).

SOME ASPECTS OF MODERNIZATION OF TEACHING OF HUMAN ANATOMY

Современные требования ФГОС-3 нацелены на то, чтобы преподаватели медицинских вузов, особенно по фундаментальным дисциплинам (анатомия, гистология, физиология, патологическая анатомия и др.) готовили студентов к серьезной практической деятельности. Кафедра анатомии проводит разнообразную учебно-методическую работу, как в плане обновления рабочей программы, так и усовершенствования прохождения материала путем препарирования органов на трупном материале. На кафедре используются элементы симуляционного обучения, компьютерного тестирования и лучевой анатомии (УЗИ, КТ, МРТ, рентгеноанатомия, эндоскопия, лапароскопия и т.д.). Особое внимание кафедра уделяет развитию желания у студентов учиться самостоятельно. Проводятся консультации, дополнительные занятия, организуются экскурсии в анатомический музей. Для повышения мотивации обучения среди отличников проводятся олимпиады, КВН, викторины, деловые игры. Одновременно повышаются требования к преподавателям. Серьезной задачей является выработка у студентов анатомо-физиологического