

возрасте ширина таза достоверно не различается у мальчиков и девочек, но абсолютные значения выше у мальчиков. Общая прибавка каждого из исследуемых антропометрических показателей выше у мальчиков. Наиболее интенсивно растут у мальчиков масса тела, длина конечностей, у девочек — масса тела, ширина таза. Обнаружен наименьший прирост длины корпуса у детей обоего пола, а у девочек еще и поперечного и передне-заднего диаметров грудной клетки. У мальчиков масса тела, длина тела, длина верхней конечности, ширина таза, поперечный и переднезадний диаметры грудной клетки растут до 19 лет, длина нижней конечности, длина корпуса — до 18 лет, ширина плеч — до 17 лет. У девочек до 19 лет растет только ширина таза, до 17 лет — масса тела, переднезадний диаметр грудной клетки, до 16 лет — длина тела, длина верхней и нижней конечностей, ширина плеч, поперечный диаметр грудной клетки, до 15 лет — длина корпуса. Таким образом, половой диморфизм проявляется с 9–10 лет.

Толстенкова Е.С. (г. Смоленск)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЛЕКОПИТАЮЩИХ

Изучены форма, топография щитовидной железы (ЩЖ) 140 млекопитающих (МП) относящихся к отрядам: насекомоядные, грызуны, зайцеобразные, хищные, а также ЩЖ 250 человек. Все виды были систематизированы и распределены в ряд по возрастанию массы тела. Форма долей ЩЖ в условном ряду меняется от овально-треугольной (бурозубка обыкновенная), через округло-вытянутую (мышь лабораторная, домовая), (при этом доли расположены обособленно), овально-вытянутую (крыса лабораторная, морская свинка), палочковидную (кролик домашний, кот), к бабочковидной (человек). При увеличении массы тела МП доли ЩЖ смещаются вниз вдоль гортани. У крысы лабораторной, морской свинки появляется тонкий паренхиматозный перешеек (в 10% присутствует пирамидальная доля, в 3,5 раза меньше основной). У кролика перешеек плотный, широкий, доходит до середины длины долей, плоский, у кота — мягкой консистенции с включением обособленных секторов паренхимы. Перешеек ЩЖ человека встречается в 54,3% случаев, имеет такое же строение, как и доли ЩЖ. С появлением перешейка доли ЩЖ смещаются из дорсальной плоскости во фронтальную, а затем, с увеличением его размеров, в сагиттальную. В выбранном нами эволюционном ряду обращает на себя внимание изменение формы долей ЩЖ, значительное превалирование длины над шириной, смещение долей относительно гортани, вероятно, связанное с топонимическим положением тела и появление, и прогрессивное развитие перешейка (соединяющего каудальные края долей), который является крайне вариабельным даже в пределах одного вида.

Тома А.И., Анисимова Е.А., Норкин И.А., Тома А.С., Чомартов А.Ю., Анисимова А.С., Норкин А.И. (г. Саратов)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АНАТОМО-БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПУНКЦИОННОЙ КИФО- И ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных с компрессионными переломами тел грудных и поясничных позвонков путем анатомо-биомеханически обоснованного дифференцированного подхода к использованию пункционной кифо- и вертебропластики. Проанализированы результаты хирургического лечения 35 больных в возрасте от 23 до 67 лет. Тип перелома определялся по классификации F. Denis, угол кифотической деформации — по Коббу, индекс клиновидной деформации — по соотношению высоты передних и задних отделов тела позвонка. Степень дефицита просвета позвоночного канала и распределение нагрузки по опорным колоннам позвоночного столба рассчитывали по разработанной нами методике. При повреждении только передней колонны позвоночного столба с индексом клиновидности не менее 0,75 и углом кифоза не более 6° у 14 пациентов пожилого возраста на фоне остеопороза было достаточно введение цемента в передние отделы позвонка, у 4 больных молодого возраста применялась кифопластика. При повреждении передней и средней колонн, с индексом клиновидности от 0,74 до 0,5 и углом кифоза более 12° у 7 пациентов цемент распределялся по всему контуру позвонка в комбинации с транспедикулярной системой (ТПС). У 5 больных, когда восстановить высоту тела позвонка не удалось, ТПС сочетали с кифопластикой. У 5 пациентов с индексом клиновидности менее 0,5 при смещении костных фрагментов в сторону позвоночного канала вертебро- и кифопластика выполнялась после импакции костных отломков под визуальным контролем за состоянием позвоночного канала. Результаты: из 35 оперированных больных у 34 получен хороший результат и только у одного — удовлетворительный.

Торбек В.Э. (Москва)

НЕЙРОИММУНИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ САМОК КАК ФАКТОР АКТИВАЦИИ АПОПТОЗА В ТИМУСЕ ПОТОМСТВА

Процесс созревания и селекции тимоцитов сопряжен с гибелью части клеток вследствие апоптоза. Сведения о факторах, способных модифицировать развитие апоптозных реакций тимоцитов в период эмбриогенеза, представляют несомненный интерес. Целью настоящей работы явилось изучение клеточной гибели в тимусе потомства крыс, подвергнутых нейроиммунизации. Беременным самкам вводили 20% водно-солевой экстракт аллогенного мозга внутрибрюшинно на 6-е, 8-е, 10-е сутки беременности из расчета 1,0 мл на 200 г массы животного. На светооптическом и ультраструктурном уровнях исследован тимус 54 новорожденных крысят, полученных от иммунизированных самок, и 30 интактных новорожденных животных. В