

в полях 44 и 45 УО глиии уменьшается в 1,5–2,1 раза уже к концу 1-го года жизни, а УО ВКС — к концу 2-го года в 1,3 раза по сравнению с таковыми у новорожденных. В поле 44 к 3 годам УО глиоцитов вновь нарастает в 1,5 раза и остается стабильным до 8 лет, когда снова наблюдается его нарастание в 1,4 раза по сравнению с таковым в 3 года. УО ВКС уменьшается к 5 и 8 годам соответственно в 1,7 и 2,3 раза. После 8 лет УО глиии и ВКС в поле 44 остается стабильным. В поле 45 содержание глиоцитов нарастает к 3 и 8 годам соответственно в 1,7 и 2,3 раза по сравнению с таковым у годовалых детей, а УО ВКС уменьшается к 3, 7 и 9 годам соответственно в 1,4 раза, 1,9 и 2,4 раза. К 11 годам содержание ВКС в поле 45 коры вновь нарастает в 1,4 раза по сравнению с таковым в 9 лет. После 11 лет соотношения УО глиии и ВКС в поле 45 стабилизируются. Возможно, снижение УО ВКС в сочетании с синхронным нарастанием глиального компонента имеет системный, генетически запрограммированный характер и отражает оптимизацию метаболических процессов в коре по мере реализации все более сложных механизмов мозговой деятельности с возрастом.

Цускман И. Г. (г. Омск, Россия)

**СТРОЕНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ
КЛАПАНОВ СЕРДЦА У УТКИ ПЕКИНСКОЙ**

Tsuskman I. G. (Omsk, Russia)

**STRUCTURE OF THE ATRIOVENTRICULAR VALVES
IN THE HEART OF PEKING DUCK**

Методом препарирования изучено сердце 10 пекинских уток. Установлено, что левый атриовентрикулярный клапан — трехстворчатый, образован перегородковой, каудальной и латеральной створками. Перегородковая створка — полукруглой формы, расположена ближе к межжелудочковой перегородке, имеет плотное основание, ровную верхушку, зубчатые боковые края. Латеральная и каудальная створки — прямоугольной формы, своими свободными краями обращены в полость левого желудочка (ЛЖ). На внутренней поверхности сердца трабекулы ЛЖ формируют перегородковую, каудальную и латеральную сосцевидные мышцы, которые располагаются несколько ниже и по бокам от створок. Они имеют разную форму со срезами в виде площадки верхушками, на которых отчетливо различаются правый и левый края. Перегородковая сосцевидная мышца — четырехугольной формы, латеральная — треугольной формы с подвижной верхушкой, а каудальная сосцевидная мышца — пирамидальной формы. К створкам прикрепляется большее количество

сухожильных струн, чем отходит от сосочковых мышц. В правом желудочке (ПЖ) атриовентрикулярное отверстие имеет полулунную форму, в нем находится мышечный клапан трапециевидной формы. Дорсальный край клапана прикрепляется с вентральной поверхности фиброзного кольца, прилежащей к стенке ПЖ, а вентральный край свободно свисает в просвет ПЖ. Дорсальная ножка, изгибаясь, направляется дорсомедиально, прикрепляясь к межжелудочковой перегородке, а вентральная — заворачивается латерально и прикрепляется к медиальной поверхности стенки миокарда желудочка. В ПЖ сухожильные струны и сосцевидные мышцы отсутствуют.

Цыганова У. Е., Лебедев П. В. (г. Ярославль, Россия)

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШОВНОГО
МАТЕРИАЛА ДЛЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА НЕРВА**

Tsyganova U. Ye., Lebedev P. V. (Yaroslavl', Russia)

**EFFECTIVENESS EVALUATION OF THE USE OF SUTURE
MATERIAL FOR THE MICROSURGICAL NERVE SUTURE**

Успешность реконструктивной операции при повреждениях периферических нервов во многом определяется качеством шовного материала. При наложении шва нерва вокруг материала образуется зона воспаления, что замедляет прорастание нервных волокон. Целью исследования явилось сравнение выраженности воспалительного процесса, возникающего в ответ на различный шовный материал, используя метод В.Ю. Орлова (2014). Работа выполнена на 20 беспородных белых крысах контрольной (n=10) и экспериментальной (n=10) групп, у которых седалищный нерв прошивали полипропиленом 10/0 и полипропиленом 10/0 с обработкой диклофенаком. Гистологическое исследование зоны шва проводили через 1 мес после операции. Оценивали толщину зоны инфильтрации лимфоцитами и пролиферации гистиоцитов вокруг шовного материала — от поперечного среза нити до интактной ткани. Установлено, что зона пролиферации в контрольной группе в среднем составляет $116,7 \pm 24,4$ мкм, в экспериментальной группе — $56,9 \pm 8,9$ мкм. Инфильтрации выявлено не было. Установлено, что зона пролиферации через 1 мес после наложения шва вокруг нити с покрытием значительно меньше, чем в контрольной группе. Это доказывает местный эффект модифицированного шовного материала.

*Чаиркин И. Н., Юртайкина М. Н., Паршин А. А.,
Мишечкин М. М. (г. Саранск, Россия)*

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ФИЗИЧЕСКОЕ
РАЗВИТИЕ ЮНОШЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**

Chairkin I. N., Yurtaikina M. N., Parshin A. A., Mishechkin M. M. (Saransk, Russia)

ANTHROPOMETRIC PARAMETERS AND AND PHYSICAL DEVELOPMENT OF YOUNG MEN IN THE REPUBLIC OF MORDOVIA

Целью данной работы было сравнение антропометрических параметров и уровня физического развития 110 юношей в возрасте 17–21 года — студентов МГУ им. Н.П. Огарева, постоянно проживающих в г. Саранске ($n=55$) и в сельской местности республики Мордовия ($n=55$). Исследование проводили посредством антропометрии и соматоскопии по методике В.В.Бунака (1941) с использованием стандартного набора антропометрических инструментов. Установлено, что наибольшие показатели длины тела, имеются в группе городских юношей. Индекс Пирке указывает на преобладание большей длины ног в обеих группах исследуемых. Значение индекса Кетле у большей части городских и сельских юношей соответствует норме. Значение индекса Пинье среди студентов из г. Саранска и сельской местности республики Мордовия показывает, что большая часть сельских юношей имеют крепкое, а большинство городских — хорошее телосложение. Среднестатистическая масса тела различна в зависимости от местности, наибольшие показатели отмечены в группе городских юношей.

Чаплыгина Е. В., Губарь А. С. (г. Ростов-на-Дону, Россия)

СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Chaplygina Ye. V., Gubar' A. S. (Rostov-on-Don, Russia)

SOMATOTYPOLICAL REGULARITIES OF ANATOMICAL VARIABILITY OF LINEAR DIMENSIONS OF THE LIVER ACCORDING TO SPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY DATA

Проанализированы данные спиральной компьютерной томографии (СКТ) печени 193 людей обоего пола в возрасте от 18 до 35 лет без патологии печени и сердечно-сосудистой системы. СКТ-исследование органов брюшной полости выполнено на 64-срезовом компьютерном томографе Aquilion (Toshiba). Выборка была разбита на 3 группы на основании типа телосложения (астенический, нормостенический, пикнический). Для каждой группы и для выборки в целом определяли латеролатеральный размер печени (ЛЛР), краиниокаудальный (ККР) и переднезадний размеры (ПЗР) правой доли печени. Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0» и определением средней, ошибки средней и

статистической значимости различий. ЛЛР печени в среднем по выборке равен $168,9 \pm 0,2$ мм. У людей пикнического телосложения он равен $180,6 \pm 4,3$ мм и статистически значимо отличается от такового у представителей нормостенического ($163,5 \pm 2,4$ мм) и астенического ($164,4 \pm 5,2$ мм) типов. ККР правой доли значимо различался у людей пикнического и астенического типов телосложения ($120,6 \pm 4,6$ и $110,3 \pm 6,0$ мм соответственно). У представителей нормостенического типа данный размер составил $119,7 \pm 3,9$ мм, в целом по выборке — $118,6 \pm 0,2$ мм. ПЗР правой доли печени у людей пикнического ($165,1 \pm 4,1$ мм), нормостенического ($155,3 \pm 3,3$ мм) и астенического ($139,1 \pm 5,2$ мм) типов статистически значимо отличается от такового по выборке в целом ($156,0 \pm 0,1$ мм).

Чаплыгина Е. В., Муканян С. С., Каплунова О. А., Корниенко Н. А., Корниенко А. А. (г. Ростов-на-Дону, Россия)

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ АНАСТОМОЗА МЕЖДУ ЛЕВЫМИ НИЖНЕЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ И ПЕРИКАРДОДИАФРАГМАЛЬНОЙ ВЕНАМИ

Chaplygina Ye. V., Mukanyan S. S., Kaplunova O. A., Kornienko N. A., Kornienko A. A. (Rostov-on-Don, Russia)

CLINICAL ANATOMY OF THE ANASTOMOSIS BETWEEN THE LEFT INFERIOR PHRENIC VEIN AND LEFT PERICARDIOPHRENIC VEINS

Материалом для секционного исследования послужили 120 препаратов вен диафрагмы людей, умерших в возрасте от 22 до 72 лет. В ходе стандартной операции по имплантации трехкамерной ресинхронизирующей системы электрокардиостимуляции 30 пациентам выполняли венографию левой нижней диафрагмальной вены (ЛНДВ). На секционном материале определили диаметр ЛНДВ — $4,6 \pm 0,2$ мм, левой перикардодиафрагмальной вены (ЛПДВ) — $1,7 \pm 0,05$ мм, и анастомоза между ними — $2,6 \pm 0,1$ мм. На венограммах диаметр ЛНДВ равнялся $4,51 \pm 0,24$ мм, ЛПДВ — $2,6 \pm 0,1$ мм, анастомоза — $1,8 \pm 0,1$ мм. При имплантации левожелудочкового электрода в анастомоз между ЛНДВ и ЛПДВ (Khalameizer V. et al., 2010) диаметр вены должен быть не менее 5 мм для свободного прохождения катетера диаметром 3,3 мм. В связи с этим пригодные для катетеризации ЛНДВ, впадающие в нижнюю полую вену, нами были разделены на 2 подгруппы. Пригодные для катетеризации ЛНДВ делятся на свободно катетеризируемые с диаметром от 5 мм и более (36,2% случаев) и условно катетеризируемые с диаметром менее 5 мм (23,7% случаев).