

ниже уровня травмы СМ указывают на реактивно-дегенеративную, дистрофическую и репаративную перестройку их строения. Интенсивность изменений нервных элементов более выражена в узлах, ближе расположенных к месту повреждения СМ. Морфологические изменения сопровождаются перестройкой обменных процессов и гемомикроциркуляторного русла. По совокупности характерных изменений нервного аппарата СУ можно выделить следующие периоды: 1-й период — ранний (1–60 сут), демонстрирующий развитие и нарастание реактивно-дегенеративных изменений нервных элементов узлов; 2-й период — поздний (90–365 сут) с восстановлением структур нервных клеток и волокон и стабилизацией реактивно-дегенеративных и регенераторных изменений нервных элементов. При травматическом повреждении в миелиновых волокнах отмечены более четкие и наиболее ранние отклонения; безмиелиновые сплетения оказываются более устойчивыми. Процесс в СУ характеризуется гипореактивностью, вялым и волнообразным течением, неполным восстановлением структур нервных элементов.

Шемаков С. Е., Мальцева Н. В. (Москва, г. Челябинск, Россия)

**ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА
АСТРОЦИТОВ В ПЕРЕДНЕМ МОЗГУ ЧЕЛОВЕКА**

Shemyakov S. Ye., Mal'tseva N. V. (Moscow, Chelyabinsk, Russia)

**AGE-RELATED CHANGES OF ASTROCYTE NUMBER
IN HUMAN PROSENCEPHALON**

Препараты головного мозга (ГМ) получены при аутопсии трупов 75 людей, погибших в возрасте от 1 сут до 21 года от заболеваний и травм, не связанных с поражением ГМ. ГМ плодов получен при аутопсии 10 плодов на 25–30-й неделе внутриутробного развития. Для выявления астроцитов (АЦ) использовали методику Снесарева. Количество АЦ подсчитывали в двух участках коры (V слой поля 6 и IV слой поля 17), неостриатуме (головка хвостатого ядра), диэнцефальных структурах (медиальные ядра таламуса, сосцевидные тела гипоталамуса). Результаты исследования показали, что наиболее выраженные онтогенетические изменения отмечены в структурах промежуточного мозга. В гипоталамусе и таламусе происходит значимое увеличение количества АЦ с периода грудного возраста до юношеского возраста включительно. В таламусе максимальное число АЦ на единицу площади определяется в раннем детстве, а в гипоталамусе — во 2-м периоде детства. В последующие периоды количество АЦ несколько снижается, оставаясь выше пока-

зателей плодов и новорожденных. Таламус и гипоталамус характеризуются прямой корреляционной зависимостью количества АЦ от календарного возраста ($r=0,414$; $P=0,001$ и $r=0,659$; $P=0,009$ соответственно). В коре полушарий большого мозга показатель плотности расположения АЦ после рождения также увеличивается, но интенсивность этого процесса менее выражена, чем в диэнцефальных структурах. При определении количества АЦ отдельно у людей мужского и женского пола не удалось установить значимых гендерных различий. Вполне вероятно, что полученные результаты отражают опережающую дифференцировку гематоэнцефалического барьера в паравентрикулярных структурах переднего мозга в ранние периоды постнатального онтогенеза.

Шепелев А. Н., Фатеев И. Н., Дронова О. Б. (Оренбург, Россия)

**ПРИЖИЗНЕННЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ
ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ДАННЫМ
КОЛОНОСКОПИИ**

Shepelev A. N., Fateyev I. N., Dronova O. B. (Orenburg, Russia)

**INTRAVITAL QUANTITATIVE PARAMETERS
OF THE ILEOCECAL VALVE ACCORDING TO COLONOSCOPIC
DATA**

Проведен количественный анализ данных, полученных при колоноскопии у 117 человек (59 женщин и 58 мужчин) в возрасте от 25 до 78 лет, проживающих в Оренбургской области. Установлено, что в I периоде зрелого возраста средняя длина подвздошно-ободочнокишечной — верхней губы (ВГ) составила $26,6 \pm 0,9$ мм, средняя длина подвздошно-слепки — нижней губы (НГ) — $22,9 \pm 0,8$ мм. Средняя толщина ВГ и НГ равна $3,3 \pm 0,1$ и $2,3 \pm 0,2$ мм соответственно. Во II периоде зрелого возраста происходило увеличение линейных размеров ВГ и НГ: их длина составила $28,8 \pm 0,7$ и $25,2 \pm 1,0$ мм соответственно, средняя толщина — $4,7 \pm 0,2$ и $3,5 \pm 0,1$ мм соответственно. Наименьшие средние значения количественных параметров наблюдались в пожилом возрасте и составили: длина ВГ — $24,6 \pm 0,7$ мм, длина НГ — $21,1 \pm 0,6$ мм, толщина ВГ — $3,1 \pm 0,1$ мм, толщина НГ — $3,1 \pm 0,2$ мм. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что колоноскопия является не только инструментальным диагностическим методом, но и высокоэффективна для прижизненного анатомического исследования илеоцекальной области.