

тей с АД в 4 раза выше, чем у контрольной группы (51 МЕ/мл).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об отрицательном влиянии аллергических заболеваний на стабильность генома, что может стать основой для формирования хронических, аутоиммунных, генетических и онкологических заболеваний.

ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ РОСТА АНАТОМИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ СОМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА ВТОРОГО ДЕТСТВА

Соколова Н.Г., Елизарова Е.С., Гончарова Л.О., Воропаева Р.В.

ФГАОУ ВПО «Южный федеральный университет», Ростов-на-Дону;

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, e-mail: natalkarnd@mail.ru

Учение о составе тела человека включает изучение закономерностей взаимоотношений анатомических компонентов сомы, их изменчивость в возрастном, половом аспектах.

С целью изучения динамики интенсивности роста анатомических компонентов сомы у здоровых 8-12 лет проведены соматометрия 200 детей данной возрастной группы, а также соматотипирование по методике Р.Н. Дорохова, В.Г. Петрухина (1989), которая разработана для оценки растущего организма. Определение соматотипа на основе изучения габаритов тела проводили с учетом его длины и массы у обследуемых, выделяя основные типы – макросомный (МаС), мезосомный (МеС), микросомный (МиС), крайние варианты – наносомный (НаС) и мегалосомный (МеГС) и переходные соматические типы – микромегасомный (МиМеС) и мезомакросомный (МеМаС).

Ростовые процессы оценивали по интенсивности роста (ИР), которую вычисляли по формуле: $ИР = \frac{D_2 - D_1}{D_1 + D_2} \times 100\%$, определяя, на какую величину (в %) от средней величины изменилась изучаемая величина (D) за 1 год.

Установлено, что среди обследованного контингента преобладают представители МеС и МиМеС соматотипов; по степени выраженности жировой массы – МиМеК, МеК и МаК соматотипов, мышечной массы – МиМеМ, МеМ и МаМ типов телосложения, костной массы – МиМеО, МеО и МаО соматотипов. Изучение интенсивности роста анатомических компонентов сомы выявило, что сроки активизации липогенеза, миогенеза и остеогенеза зависят от пола и соматотипа обследованных. Так, высокая интенсивность роста жировой массы наблюдается у мальчиков МиС соматотипа в 8-9 лет (17,97%), МиМеС и МаС типов в 11-12 лет (17,62% и 13,49%), МиМеС и МеС типов в 8-9 и 9-10 лет (7,05% и 6,94%; 9,38% и 7,61%). Максимальная активизация липогенеза отмечена у девочек МиС типа в 9-10 лет (16,69%), МеС и МаС типов телосложения в 10-11 лет (13,21% и 10,77%), у лиц промежуточных соматотипов в 8-9 лет (МиМеС – 14,42%, МеМаС – 11,02%). Обнаружено наличие двух периодов активизации миогенеза у мальчиков МиС типа в 8-9 и 11-12 лет (7,1% и 6,83%), МиМеС и МеМаС типов в 9-10 и 11-12 лет (4,31% и 6,35%; 7,3% и 7,87%). У мальчиков МеС и МаС типов активизация миогенеза установлена в 9-10 лет (6,42% и 9,4%). Обнаружена активизация миогенеза у девочек МиС типа в 9-10 лет (6,9%), МиМеС и МаС типов в 8-9 и 10-11 лет (7,78% и 5,04%; 7,16% и 13,57%), МеС и МеМаС типов в 9-10 и 10-11 лет (7,28% и 7,41%, 5,89% и 7,23%). Активизация остеогенеза отмечена у мальчиков МиС, МиМеС

и МеМаС соматотипов в 11-12 лет (5,94%, 9,96% и 6,06%), а у представителей МеС типа в 10-11 лет (6,87%), а у девочек всех соматических типов в 10-11 лет.

Результаты исследования дополняют имеющиеся морфологические данные о закономерностях роста и развития детей периода второго детства и могут служить научной основой при разработке оздоровительных программ.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕН ЛОКТЕВОГО СГИБА У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА

Финогенова Н.В., Хавронина К.В.

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, Тамбов, e-mail: stello4ka68@mail.ru

Актуальность исследования: практическое значение передней локтевой области определяется наличием в ней нескольких крупных вен, расположенных непосредственно под кожей и используемых, поэтому наиболее часто в клинической практике для вене-пункции.

Кожа в этой области тонкая и вены обычно хорошо видны. Однако степень выраженности подкожной клетчатки, в которой они лежат, подвержена большим индивидуальным колебаниям, как и самих вен. Это иногда создает технические трудности при осуществлении вене-пункции, несмотря на применение жгута для создания временного венозного застоя. В таких случаях следует руководствоваться проекцией подкожных вен.

Венозная кровь из руки оттекает по двум основным сообщающимся венам – v.cephalica и v.basilica, ветви которых принимают участие в образовании вен локтевого сгиба. Медиальная подкожная вена руки поднимается вдоль медиальной поверхности предплечья, часто в виде двух ветвей, сливающихся перед локтевым сгибом. Эта вена хорошо контурируется, но в результате того, что она плотно не связана с подкожно – жировой клетчаткой, она легко уходит из под иглы во время пункции. Латеральная подкожная вена руки поднимается по передней поверхности латеральной части предплечья на переднюю поверхность локтя, где соединяется с медиальной подкожной веной руки через промежуточную вену. Эти вены, сливаясь между собой, образуют различные формы анастомозов, расположенных в пределах локтевой ямки [1].

Изучение особенностей типов ветвления вен локтевого сгиба обуславливает технику выполнения периферических вене-пункций. Основное преимущество при данном доступе заключается в том, что вены здесь видимы, пальпируются и практически любой клиницист имеет опыт вене-пункций в этой области. Кроме того, в связи с тем, что в этой области нет жизненно важных структур, сообщения о связанных с вене-пункцией осложнениях фактически отсутствуют [2].

Классификация вен, объяснения места, которое они занимают, выяснение причин своеобразия вен входит в обязательную ступень познания сосудистой системы, поэтому отказываться от систематизации вен нельзя. Существует несколько классификаций вен [3].

Типы ветвлений. В.Н. Шевкуненко (1949) предложил выделять следующие типы ветвлений: магистральный тип, рассыпной тип, промежуточный тип.

Кованов В.В., Травин А.А (1965): различают М-образный тип ветвления, Н-образный тип, И-образный тип, N-образный тип. Так, в 42% случаев встречается N-образная форма, в 33% случаев – И-образная, в 12% случаев – М-образная, и в