

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 пункций. 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

1% – Н-образная форма. В 12% всех случаев соединение v.cerphalica и v.basilica может не происходить, тогда соединение крупных вен системы vv.cerphalica и basilica между собой происходит не в локтевой ямке, а на предплечье с помощью более мелких анастомозов. Чаще всего Н-образная форма встречается на левых руках, а И-образная на правых [4].

Цель исследования: изучение индивидуальных особенностей ветвления вен локтевого сгиба у лиц мужского пола.

Задачи исследования:

1. Определить тип ветвления вен локтевого сгиба у лиц мужского пола.
2. Определить частоту встречаемости того или иного типа ветвления.

Материалы и методы. Нами проведено исследование 40 лиц мужского пола в возрасте от 19 – 25 лет (медиана возраста 22 года) с помощью фотографического метода. Мы предложили следующую классификацию типов ветвления:

- Медиальный;
- Латеральный;
- М – образный;
- Н – образный;
- И – образный;
- V – образный.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным медиальный тип ветвления встретился в 5 случаях (12,5%). Латеральный тип наблюдается в 4 (10%). На долю М-образного и Н-образного вариантов приходилось 11 (27,5%) и 4 (10%) случаев. И-образный вариант констатирован в большем проценте наблюдений, составил 9 (22,5%). У 7 (17,5%) пациентов тип ветвления расценен нами как V-образный. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии многообразных вариантов ветвления вен локтевого сгиба.

Выводы: В соответствии с полученными данными чаще всего (27,5%) преобладал М-образный тип ветвления. Вторым по частоте встречаемости является И-образный вариант, составляя 22,5%. Указанные варианты, с клинических позиций, необходимо учитывать при выполнении этих венепункций, поскольку они создают возможность многократных пункций в этой области.

Список литературы

1. Большаков О.П., Семенов Г.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. – СПб.: Питер, 2001. – С. 50;
2. Кирпатовский И.Д., Смирнова Э.Д. Клиническая анатомия. – М.: МИА, 2003. Т. 2. – С. 60.
3. Шевкуненко В.Н., Геселевич А.М. Типовая анатомия человека. – Л., 1935. – 232 с.
4. Травин А.А., Кованов В.В. Хирургическая анатомия верхних конечностей. – М.: Медицина, 1965. – С. 410.

**Секция «Актуальные вопросы морфологии»,
научный руководитель – Шиян Д.Н., канд. мед.наук, доцент, профессор РАЕ**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ
РАЗВИТИЯ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ
И ОТСУТСТВИИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ
СИМПТОМАТИКИ
(ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ)**

Болотова В.С., Сереженко Н.П.

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
Воронеж, e-mail: bolotovavs-med@yandex.ru

Малые аномалии развития сердца (МАРС) – многообразная по проявлениям и происхождению группа аномалий развития сердечно-сосудистой системы [2-4]. Для них типично наличие разнообразных структурных отклонений от типичного макроскопического строения сердца и магистральных сосудов, однако при этом, как правило, не выявляются клинически и гемодинамически значимые нарушения. Тем не менее, довольно часто МАРС сопровождаются различной неврологической симптоматикой, возникновение которой может быть объяснено преходящими гемодинамическими изменениями, возникающими, например, при физических нагрузках. Установлено, что ряд малых аномалий развития встречается у больных с транзиторными ишемическими атаками (преходящими нарушениями мозгового кровообращения), тромбозами, в том числе – при тромбоэмболии легочной артерии и др [1, 4, 5, 7]. Этим и обуславливается высокий интерес исследователей к данной проблеме.

Целью нашей работы явилось изучение структуры и распространенности некоторых видов МАРС, которые являются факторами риска повышенного тромбообразования у практически здоровых лиц и пациентов с разнообразными аускультативными проявлениями.

В ходе выполнения работы нами были решены следующие задачи:

1. Изучена структура МАРС у лиц, проходивших эхокардиографическое обследование в 2012-2013 гг.
2. Оценена распространенность выявляемых аномалий в пределах анализируемой выборки.

3. Выполнено сравнение распространенности МАРС у лиц при наличии и отсутствии аускультативных и клинических проявлений.

В качестве исходных материалов было проведено 815 эхокардиографических исследований лиц в возрасте от 1 месяца до 78 лет с последующим ретроспективным анализом протоколов и видеозаписей их результатов, из них у 390 отсутствовали, у 425 – имелись аускультативные изменения. Исследования проводились на аппаратах GE Vivid 3 и GE Logiq S8 по стандартным методикам исследования. Полученные цифровые и текстовые результаты заносились в базу данных, в дальнейшем проводилась их статистическая обработка с использованием программы Statistica 10. Рассчитывались средние значения, стандартная ошибка и стандартное отклонение. Для сравнения частот применялся угловой критерий Фишера. В качестве критериальной статистики использовалась верхняя 2,5% область F-распределения.

Анализируя возрастную-половую структуру распространенности МАРС следует отметить, что наибольшая частота встречаемости приходится на возрастную группу 1-19 лет (86,6%); разница в отношении лиц мужского и женского пола в обследованной группе незначительна (50,4% и 49,6% соответственно).

К числу МАРС, которые могут являться предикторами повышенного риска тромбообразования, относятся: функционирующее овальное окно, аневризма МПП, удлиненные створки венозных клапанов. Рассмотрим их эхографические характеристики.

Открытое овальное отверстие (ООО) – это малая аномалия сердца, характеризующаяся частичным или полным сохранением межпредсердного сообщения в результате постнатального незаращения левопредсердной клапанной заслонки сердца [4,6]. О незаращении овального отверстия как об отклонении от нормы следует говорить лишь после 2-3 лет жизни ребенка. В двухмерном режиме эхокардиографического исследования выявляется перерыв эхосигнала