

дики. Во-первых, вариационно-статистический анализ позволяет формировать представления о диапазонах индивидуальной анатомической изменчивости изучаемых признаков и их региональной нормы. Во-вторых, учет конституциональных и росто-весовых особенностей беременных позволяет вносить коррективы в оценку показателей фетометрии. В-третьих, измерение не только стандартных анатомических размеров внутренних органов плода (тимуса, сердца, почек, легких и т.д.), но и расстояний до соседних структур (органов, сосудов, частей формирующегося скелета), то есть исследование количественных показателей скелето- и синтопии, способствует более точной оценке развития плода. Комплекс полученных данных следует учитывать при трактовке фетометрических значений соматотипов плода и новорожденного, а также находить отражение в стандартах ведения родов.

Жернакова Н.И., Ромащенко О.В., Капустин Р.Ф.
(г. Белгород, г. Майский, Россия)

ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА АКТИВНОСТЬ МИТОХОНДРИЙ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Zhernakova N.I., Romashchenko O.V., Kapustin R.F.
(Belgorod, Maiskiy, Russia)

EFFECT OF MILDRONATE ON THE MITOCHONDRIAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH STABLE STENOCARDIA OF TENSION

С целью определения индивидуальной чувствительности митохондрий пациентов со стабильной стенокардией напряжения (ССН) к введению милдроната проводили исследование лейкоцитов крови 56 пациентов со ССН в тестах *in vitro* с использованием конфокальной микроскопии. Обнаружили два варианта реагирования — в виде активации (у 26 пациентов) либо угнетения функциональной активности митохондрий (у 30 больных). Условиями активации митохондрий под влиянием милдроната явились: наличие хронической сердечной недостаточности (ХСН), нормальной функции печени и почек, нормального вольтажа на ЭКГ (отсутствие миокардиодистрофии), небольшой степени стеноза коронарных артерий, высокий уровень эндотелиальной синтазы окиси азота, исходно низкая активность митохондрий, наличие признаков гипозергоза и небольшой степени тканевой гипоксии. Милдронат способен угнетать митохондрии в тестах *in vitro* при наличии следующих условий: начальные стадии ХСН, тенденция к нарушению функции печени и почек, тенденция к развитию миокардиодистрофии по данным ЭКГ, существенная степень стеноза коронарных артерий, низкий уровень эндотелиальной синтазы окиси азота, исходно высокая активность митохондрий и отсутствие признаков гипозергоза, выраженная тканевая гипоксия. Полученные данные свидетельствуют о необходимости персонализации назначения милдроната в комплексном лечении пациентов со ССН.

Жмурко Р.С., Николенко В.Н., Фомичева О.А.
(Москва, Россия)

ВАРИАНТЫ ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Zhmurko R.S., Nikolenko V.N., Fomichyova O.A.
(Moscow, Russia)

VARIANTS OF THE CROSS-SECTION OF DIAPHYSIS OF LONG TUBULAR BONES

Изучены формы поперечного сечения (ФПС) распилов диафизов (Д) 234 паспортизированных длинных трубчатых костей (ДТК) и 138 ДТК от трупов взрослых людей. Материал был сгруппирован в 3 группы в зависимости от типа ДТК и величины толстотнотнотного указателя. Поперечное сечение Д ДТК и компактный слой (КС) изучали на 3 уровнях Д ДТК по специальной методике. ФПС костномозговой полости (КМП) мезофеморальных (МФ) костей (К) — округлая, долихофеморальных (ДФ) — вытянута в передне-заднем, брахиофеморальных (БФ) — в медио-латеральном направлениях. Выявлено, что в К долихогумерального (ДГ) типа толщина КС меньше, чем в К брахиогумерального (БГ) типа ($P < 0,05$). ФПС Д ДГ — овальная, мезогумеральных — округлая, БГ — вытянутая в поперечном направлении. В БФ К ФПС Д чаще напоминает треугольную, в МФ и ДФ — приближается к округлой. Во всех типах ДТК толщина КС неравномерна. КС Д бедренных К наибольшую толщину имеет с латеральной поверхности (П), наименьшую — спереди, средние значения обнаружены на задней П ($8,0 \pm 0,2$ мм). У плечевых К наиболее толстый КС имеется с латеральной П поперечного распила Д, наиболее тонкий — с задней П. Средние значения толщины КС отмечены на передней П ($0,6 \pm 0,09$ мм). Таким образом, при выборе тактики оперативного лечения необходимо предварительно проводить оценку типа ДТК, позволяющую учитывать толщину КС ДТК и форму КМП.

Жмурко Р.С., Фомичева О.А., Зеленская И.М.
(Москва, Россия)

СТРУКТУРА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Zhmurko R.S., Fomichyova O.A., Zelenskaya I.M.
(Moscow, Russia)

THE STRUCTURE OF THE BONE TISSUE IN THE PROXIMAL EPIPHYSIS OF THE FEMUR

С целью детализации данных о структуре костной ткани (КТ) проксимального эпифиза (ПЭ) бедренной кости (БК) были изучены фронтальные распилы 196 паспортизированных БК взрослого человека. Материал был сгруппирован в 3 группы в зависимости от формы БК и величины толстотнотнотного указателя. Во всей выборке БК губчатое вещество (ГВ) ПЭ в 26,7% имело «пластинчатый» тип строения, в 20,0% — «сетчатый» и в 53,3% — «переходный». ГВ ПЭ имеет различную структуру у разных форм БК: у долихоморфных — «пластинчатый» тип строения,