

подход, связывающий воедино индивидуально-типологические особенности организма и особенности строения сердца, достаточно актуален.

Нами было проведено антропометрическое исследование 38 трупов мужчин (17-35 лет) умерших от внесердечных причин и не имеющих в анамнезе патологию сердечно-сосудистой системы. Антропометрические измерения проводились по методике В. В. Бунака (1931), принятой в институте антропологии МГУ, с последующим определением их соматического типа по методике В. П. Чтецова с соавторами (1979).

Соматотипы распределились таким образом: в 29% случаев был выявлен мускульный, в 39% – грудной, в 20% – брюшной и в 12% случаев – неопределенный соматотип. Наряду с соматотипической диагностикой проводились измерения параметров сердца: масса сердца, длина, поперечный размер, передне-задний размер сердца, толщина стенок правого и левого желудочков, диаметр аорты и др.

Результаты анализа полученных дан-

ных свидетельствуют, что имеются достоверные различия размерных параметров сердца у мужчин различных соматотипов. Выявлены различия по массе сердца. Средние значения массы сердца у представителей грудного соматотипа ($0,235 \pm 0,011$) достоверно отличались ($p < 0,01$) от этих параметров у мускульного соматотипа ($0,264 \pm 0,118$). Передне-задний размер сердца также имел различные значения в группах грудного, мускульного и брюшного соматотипов ($7,250 \pm 0,221$ мм, $7,800 \pm 0,024$ мм, $7,901 \pm 0,181$ мм соответственно). Достоверность этих различий составила ($p < 0,05$) между грудным и мускульным, ($p < 0,01$) между грудным и брюшным соматотипами. Диаметр аорты сердец в группе мужчин грудного соматотипа ($2,220 \pm 0,174$ мм) отличался ($p < 0,01$) от диаметра аорты мускульного соматотипа ($2,875 \pm 0,011$ мм).

На основании полученных данных можно предположить, что существуют индивидуально-типологические различия в строении сердца мужчин различных конституциональных типов.

КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОПЕРЕЧНЫХ СИНУСОВ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Ю. Н. Вовк, А. П. Коваленко

Луганский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования является изучение индивидуальной анатомической изменчивости поперечных синусов твердой мозговой оболочки (ТМО).

Исследование проведено на 113 препаратах ТМО, взятых у трупов людей разного возраста с выполнением кранио- и морфометрии, макро- и микропрепаровки, инъекций и коррозии, вариационной статистики.

Установлено, что для поперечного синуса характерен значительный диапазон различий в зависимости от возраста, пола, индивидуального строения черепа. У долихоцефалов длина коллектора составляет 5,8-

7,5 см ($M=6,6$), у мезоцефалов – 5,5-6,3 см ($M=5,9$), у брахицефалов – 5,0-6,2 см ($M=5,5$). Ширина поперечного синуса колеблется от 0,6 до 0,9 см, причем, у мезо- и брахицефалов она достигает максимальных показателей. Высота коллектора варьирует от 0,4 до 0,7 см с наибольшим увеличением у долихоцефалов. Площадь поперечного сечения синуса колеблется от 0,11 до 0,32 см² с увеличением у брахицефалов до 0,20-0,32 см² ($M=0,26$). В строении поперечных синусов имеются половые различия, которые характеризуются у женщин зрелого и пожилого возрастов уменьшением длины в среднем на

0,3-0,5 см, уменьшением ширины каждой стенки на 0,2-0,3 см и уменьшением высоты на 0,1-0,2 см. Площадь поперечного сечения поперечных синусов у женщин меньше на 0,04-0,07 см².

Морфометрия поперечных синусов ТМО имеет определенное практическое значение при операциях в области задней черепной ямки, связанных с рассечениями, ушиванием и пластикой данного венозного коллектора.

СУДИННЕ РУСЛО НИРКИ ПРИ ДЕГІДРАТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ

К. С. Волков, Л. Я. Федонюк, Я. І. Федонюк

Тернопільська державна медична академія ім. І. Горбачевського

Мікроскопічно вивчалися судини паренхіми нирки при загальній, клітинній та позаклітинній дегідратації середнього і важкого ступеню на білих щурах. При досягненні середнього ступеню зневоднення нирки виглядають повнокровними. Помітне венозне повнокрів'я кіркової речовини із крайовим стоянням лейкоцитів. Міждольові артерії спазмовані, їх адвентиція розшарована, ендотелій набряклий, а в окремих випадках – десквамований в просвіт судини. Іноді зустрічаються периваскулярні запальні інфільтрати, поряд з якими знаходяться вени з атонічною, потовщеною стінкою. Більшість капілярів клубочків наповнені кров'ю, а в ділянках, що знаходяться ближче до периферії, помітні окремі петлі капілярів, які спалися. Як в кірковій так і в мозковій речовині знаходиться рідина, що стискає каналці. Просвіт останніх звужений. При важкому ступені зневоднення організму спостерігається гіперемія серозних оболонок, повнокрів'я усіх внутрішніх органів. При мікроскопічному вивченні нирок звертає на себе увагу наявність агонічних

артерій, які мають найрізноманітнішу форму. М'язовий шар їх потовщений, а внутрішня еластична мембрана, як правило розтягнута, тонка, зерниста, а іноді і фрагментована. В базальній частині клітин проксимального відділу нефронів є багато дрібних вакуолей. Як в кірковій, так і в мозковій речовині виявляються огрубілі ретикулярні волокна з місцевими потовщеннями і порушеннями їх архітектоники в паренхімі органа. Активність лужної фосфатази кровеносних судин має вигляд пілеподібних гранул і дифундує через всю їхню стінку. В каналцях вона розташовується ближче до апікальних відділів клітин. ДНК часто нерівномірно розподілена по ядру. Зустрічаються ядра із просвітленням в центрі. В деяких тварин в паренхімі нирок спостерігались вогнища загибелі каналців з утворенням порожнин, заповнених по периферії гомогенною масою. В ділянці ниркової миски помітне розростання сполучної тканини, очевидно, як наслідок організації старих вогнищ крововиливів.

ВНУТРИУТРОБНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИГЕНА – ФАКТОР РИСКА В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Н. А. Волошин, А. Е. Медведев, М. С. Щербаков, М. Е. Иванов

Запорожский государственный медицинский университет

Наиболее неблагоприятное влияние на морфогенез поджелудочной железы оказы-

вает внутриутробное инфицирование, которое может быть фактором риска развития