

Как повлияет на устойчивость станка, установленное на него, часто единственное в своем роде, приспособление – вот вопрос, с которым приходится сталкиваться при технологическом оснащении каждого конкретного станка.

Следует отметить, что и в тех случаях, когда универсальный станок оснащен рядом серийно выпускаемых вместе со станком стандартных приспособлений, часто оказывается целесообразным, исходя из специфических осо-

бенностей изготавливаемых деталей спецтехники, применять специальные нестандартные приспособления с целью достижения высокой производительности обработки и качества деталей.

В связи с выше изложенным следует рассматривать приспособления для закрепления заготовок как один из основных доминирующих элементов рассматриваемой системы СПИЗ, определяющих эффективность обработки и качество обработанных деталей.

**«Фундаментальные исследования»,  
Доминиканская республика, 13-22 апреля 2013 г.**

**Биологические науки**

**РАЗДЕЛЕНИЕ БРЫЖЕЕК ТОНКОЙ  
И ТОЛСТОЙ КИШОК И ВТОРИЧНЫЕ  
СРАЩЕНИЯ БРЮШИНЫ  
У МОРСКОЙ СВИНКИ**

Петренко В.М.

*Санкт-Петербург,  
e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Эмбриональный морфогенез головки поджелудочной железы (ПЖ) у человека и других млекопитающих сопровождается выделением петли двенадцатиперстной кишки (ДК) и ее брыжейки из состава средней кишки. У морской свинки, как и у крысы, в отличие от человека, ДК на всю жизнь всегда сохраняет подвижную брыжейку с головкой ПЖ и С-образную форму, но, в отличие от крысы, сильно деформированную (сложена в 2 петли). Остальная средняя кишка образует петли тонкой кишки, которые местами у белой крысы и морской свинки сращены между собой и / или с ободочной кишкой (ОбК).

Громадная у морской свинки слепая кишка (СК) врастает в брыжейку восходящей ОбК. В результате последняя образует свою 1-ю, во круглепокишечную петлю. Между ними при этом остается узкая полоса их общей брыжейки. Она служит продолжением общего корня брыжеек тонкой и толстой кишок. Их короткий общий корень идет косо (вентрокаудально и слева направо), от двенадцатиперстно-тощекишечно-го изгиба к илеоцекальному углу.

В условиях плотного окружения, влияния прежде всего крупных печени и СК у морской свинки расхождение разных частей тонкой и толстой кишок и их брыжеек происходит следующим образом: 1) дистальные петли восходящей ОбК и петли тощей кишки с их брыжейками смещаются вправо от средней линии и дорсально, частично. Кроме того, восходящая ОбК срастается с ДК и головкой ПЖ; 2) петли поперечной ОбК и их брыжейки смещаются влево от общего корня брыжеек тонкой и толстой кишок; 3) общая брыжейка 1-й петли восходящей ОбК и СК образует среднюю, вентральную ветвь общей брыжейки тонкой и толстой кишок; 4) петли подвздошной кишки с ее брыжейкой занимают

промежуточное положение между СК (вентрокаудально) и поперечной ОбК (дорсокранияльно); 5) самое дорсальное положение занимают ДК и головка ПЖ (кранияльно и вправо от средней линии) и нисходящая ОбК (каудально и влево от средней линии, а затем по средней линии).

Вторичные сращения брышины у морской свинки можно разделить на два вида: 1) вентральные – восходящей и поперечной ОбК с тощей кишкой, ДК и ПЖ, пузырно-дуоденальная связка; 2) дорсальные – каудальной части ДК с дорсальной брюшной стенкой.

**ГЛАВНЫЕ ПУТИ ЛИМФООТТОКА  
ИЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ  
У МОРСКОЙ СВИНКИ**

Петренко В.М.

*Санкт-Петербург,  
e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Морская свинка – одно из животных, на которых проводятся морфофункциональные, в т.ч. и экспериментальные исследования лимфатической системы. Однако пути лимфооттока из толстой кишки морской свинки не описаны.

Я изучил строение и топографию толстой кишки у 10 морских свинок 2-3 месяцев путем препарирования, в т.ч. после инъекции синей массы Герота в стенку толстой кишки. Следует особо отметить размеры слепой кишки. Она занимает большую часть каудальной 1/2 брюшной полости и сильно изогнута так, что верхушка и основание органа находятся рядом: верхушка – около центральных краниальных брыжеечных лимфоузлов (ЛУ) в коротком общем корне брыжеек толстой и тонкой кишок, основание – вместе с концом подвздошной кишки, по обе стороны которого лежат 3 ЛУ, илеоцекальный (дистальнее) и подвздошно-ободочные (со стороны начала ободочной кишки). Между этими 2 точками находятся первая петля восходящей ободочной кишки и (кнутри от нее и в ее брыжейке) тело слепой кишки.

Лимфатические сосуды из разных отделов толстой кишки морской свинки проходят обыч-

но вдоль брыжеечных артерий и вен к следующему регионарному ЛУ:

1) основание слепой кишки (и конец подвздошной кишки) – в илеоцекальный ЛУ и подвздошно-ободочные ЛУ;

2) начало восходящей ободочной кишки – в подвздошно-ободочные ЛУ;

3) верхушка слепой кишки и конец первой петли восходящей ободочной кишки – в дистальные центральные краниальные брыжеечные ЛУ;

4) тело слепой кишки и первая петля восходящей ободочной кишки – в обоих выше указанных направлениях (к основанию и верхушке слепой кишки и далее);

5) дистальные петли восходящей ободочной кишки (и петли тощей кишки) – в проксимальные центральные краниальные брыжеечные ЛУ и панкреатодуоденальные ЛУ;

6) поперечная ободочная кишка (и петли подвздошной кишки) – в проксимальные центральные краниальные брыжеечные ЛУ и панкреатодуоденальные ЛУ;

7) нисходящая ободочная кишка – в каудальные брыжеечные ЛУ и, затем, в панкреатодуоденальные ЛУ или в подвздошные ЛУ и / или в каудальные поясничные ЛУ (краниальное и каудальное направления лимфоотока).

### Медицинские науки

#### ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЪЕМНОГО НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Климова Т.Н.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,  
e-mail: klimova1977@mail.ru*

В настоящее время широкое распространение в стоматологической практике получило применение имediat – протезов непосредственно после удаления зубов [1].

На сегодняшний день большинство временных конструкций можно изготовить на основе акриловых пластмасс и бисакрилатных эластомерных материалов. Современные послеоперационные протезы по своему цвету и фактуре полностью удовлетворяют всем эстетическим требованиям [2], однако не всегда доступны финансово.

**Целью** настоящего исследования явилось повышение эффективности непосредственного съемного протезирования.

Для достижения указанной цели предстояло решить следующие задачи:

1. Провести клиническую, рентгенологическую и функциональную оценку состояния полости рта и съемных протезов, установленных после проведения хирургического вмешательства.

2. Разработать алгоритм выбора материала для временного протезирования и контроля состояния протеза в подготовительный период.

3. Предложить комплексное восстановительное послеоперационное лечение пациентов.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач было проведено обследование и лечение 30 пациентов, в возрасте от 26 до 67 лет.

Из обследованных пациентов 18 человек вошли в основную группу (непосредственное протезирование по предложенной методике) и 12 человек в контрольную группу (непосредственное протезирование по традиционной схеме).

При изготовлении непосредственных протезов для пациентов основной группы дополнительно наносился эластомерный материал «Mollosil» (Germany). Кроме того, пациентам данной группы было проведено комплексное восстановительное лечение, включающее применение бальзамов-ополаскивателей, противовоспалительных препаратов «Метрогил-дента», «Солкосерил дентальный»; массаж слизистой оболочки полости рта.

**Результаты и их обсуждение.** Сравнительная клинико-рентгенологическая и антропометрическая оценка результатов протезирования; проведенная в ближайшие сроки после удаления зубов, не обнаружила явного различия в состоянии альвеолярных гребней пациентов обеих групп.

Однако прилегание базисов временных протезов у лиц, которым проводилось комплексное восстановительное лечение (основная группа), было более точным, чем у пациентов, протезированных традиционными непосредственными конструкциями (контрольная группа).

При сравнении методик протезирования предпочтение было отдано комбинации двухслойных непосредственных протезов и комплексного восстановительного лечения (основная группа). В этой группе в отдаленные сроки наблюдалась умеренная равномерная атрофия беззубой альвеолярной части, а альвеолярный гребень приобретал обтекаемую форму с пологими скатами у 70,0% обследованных. При классической методике послеоперационного протезирования этот показатель был ниже – 49,09%.

#### Выводы

1. Оптимальными непосредственными конструкциями являются полимерные конструкции с двойными базисами, позволяющие полноценно заместить возникший дефект зубного ряда, предотвратить функциональную перегрузку пародонта сохранившихся зубов, а также рационально распределить жевательное давление.