шим провисанием книзу, у ЛДТ и чаще у женщин – V-образная, с 2-3 перегибами у пожилых женщин (Куприянов П.А., 1922–1924). Длина брыжеек больше у истощенных лиц, с дряблыми брюшными стенками, меньше – у молодых лиц, упитанных, с развитым брюшным прессом (Максименков А.Н. и др., 1972). Эти и другие литературные данные указывают на связь положения и формы внутренних органов, образований брюшины с соматотипом человека, но не жесткую: при плохом питании, с возрастом и у женщин тонус мышц падает, что может приводить к вытяжению брыжеек и опущению внутренних органов, как у ЛДТ. У ЛДТ и у женщин находят больше верхних брыжеечных и поясничных ЛУ, чем у мужчин и у ЛБТ, но не всегда (Сапин М.Р., Борзяк Э.И., 1982). Поэтому КС может обнаруживаться и у ЛДТ.

## ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ И ТОПОГРАФИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У МОРСКОЙ СВИНКИ

Петренко В.М.

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

Варианты строения и топографии двенадцатиперстной кишки (ДК) у морской свинки в литературе не описаны. Я провел исследование на 10 морских свинках 2–3 мес. обоего пола (послойное препарирование после фиксации в 10% формалине и фотографирование).

ДК у морской свинки имеет форму полукольца, которое индивидуально в разной степени согнуто вентрокаудально (на протяжении удлиненной нисходящей части) и неполностью сложено вдвое. В результате ДК у морских свинок состоит из 2 петель V-образной формы. Краниальная петля лежит вентрокаудальнее луковицы ДК и вентральнее ее каудальной петли:

I вариант – петли ДК находятся на одном уровне (правой почки с надпочечником и яичником), более короткая краниальная петля расположена кососагиттально, под большим углом к поперечной плоскости (краниальный изгиб смещен больше всего вправо);

II вариант – более длинная краниальная петля спускается каудальнее каудального изгиба (краниальный изгиб смещен прежде всего каудально), расположена кососпинально (~ кософронтально у человека);

III вариант – петли ДК примерно равны по длине, но краниальная петля находится под меньшим углом к поперечной плоскости (краниальный изгиб смещен больше вентрально), примерно на уровне правой медиальной лопасти печени, спускается примерно до уровня ворот правой почки (косопоперечное размещение).

Каудальная петля ДК мало изменяет свое положение, всегда расположена примерно на уровне правой латеральной лопасти печени. Между петлями ДК находятся дистальные петли восходящей ободочной кишки с петлями тощей кишки и/или вентральные петли поперечной ободочной кишки.

Вариабельный морфогенез ДК у морской свинки коррелирует с неравномерным ростом печени. При уменьшении левой доли печени ДК менее согнута и больше смещена вправо, над (краниальнее) дистальными петлями восходящей ободочной кишки. При увеличении левой доли печени ДК более согнута и больше смещена влево (ее нисходящая часть), над (краниальнее) вентральными петлями поперечной ободочной кишки. Каудальная петля ДК больше всего при минимальной левой латеральной лопасти печени (I вариант), краниальная петля ДК длиннее всего при максимальной левой латеральной лопасти печени (II вариант) и примерно равна каудальной петле ДК при промежуточных состояниях (III вариант).

## ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА У МОРСКОЙ СВИНКИ

Петренко В.М.

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

Форма и топография двенадцатиперстной кишки (ДК) у морской свинки в литературе описаны очень ограничено. Я провел исследование на 10 морских свинках 2–3 мес. обоего пола (послойное препарирование после фиксации в 10% формалине и фотографирование).

ДК у морской свинки имеет 4 части:

1) короткая и широкая начальная часть – луковица, которая отделена от желудка выраженным циркулярным сужением (пилорус);

2) три протяженные и более узкие части – краниальная, нисходящая и каудальная, которые разделены краниальным и каудальным изгибами в форме острых углов со сглаженными вершинами.

Луковица находится под разными углами к пилорической части желудка и краниальной части ДК. Краниальная часть имеет косонисходящее направление, причем дистальный отрезок спускается более круто. Нисходящая часть разделяется на 2 отдела – проксимальный (вариабельной длины, полого или круто восходящий) и дистальный (более или менее круто нисходящий). Каудальная часть всегда имеет косовосходящее направление (краниально и справа налево). Двенадцатиперстно-тощекишечный изгиб находится на уровне ворот правой почки, имеет форму угла, расположенного кососагиттально, начальный отрезок тощей кишки идет вентрально и вправо (незавершенный подвыворот).

ДК у морской свинки имеет форму полукольца, которое сильно деформировано:

1) продольное вытяжение (сильно удлинена нисходящая часть);

2) вентрокаудальный прогиб – ДК согнута на протяжении нисходящей части и неполностью сложена вдвое на уровне надпочечников

и краниального края тела поджелудочной железы, краниальнее двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба.

В результате ДК у морских свинок состоит из 2 петель V-образной формы. Краниальная петля лежит вентрокаудальнее луковицы ДК и вентральнее каудальной петли ДК, последняя – примерно на уровне правой латеральной лопасти печени. Между петлями ДК находятся дистальные петли восходящей ободочной кишки с петлями тощей кишки и/или вентральные петли поперечной ободочной кишки.

Продольная деформация ДК у морской свинки (сгиб на протяжении сильно удлиненной нисходящей части) не характерен для ДК человека и белой крысы. Сходную деформацию ДК я обнаруживал у плодов человека 4–5 мес: при ограничении дорсального сращения верхний отрезок нисходящей части отклоняется вентрально с удлинением верхней части ДК.

## *Медицинские науки*

### РЕЗУЛЬТАТЫ МОТИВИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ

Авилов О.В.

*Челябинский государственный университет, Челябинск, e-mail: avilov@csu.ru*

В современных условиях, по данным значительного количества авторов, у подростков и молодежи, по сравнению с другими возрастными группами населения, имеются наивысшие показатели заболеваемости по ряду классов болезней. Таким образом, в высшее и средние специальные учебные заведения поступают молодые люди с весьма низким уровнем здоровья. Для исправления ситуации в учебных заведениях страны проводится определенная работа по оценке нарушений состояния здоровья и разработке оздоровительных программ. В то же время, по результатам социологических опросов, здоровье у подавляющей части молодежи не является главной ценностью, мотивация на выполнение рекомендованных оздоровительных мероприятий или слабо выражена, или вообще отсутствует. В этой связи целью настоящей работы было мотивирование здоровьесберегающей деятельности студентов и определение факторов, влияющих на ее эффективность. В исследовании приняло участие 4 группы студентов младших курсов Челябинского юридического техникума (всего 80 человек). Изучали такие показатели физиологического состояния человека как адаптационный потенциал по Р.М. Баевскому, индекс массы тела, отношение силы мышц кисти к массе тела, произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление по Г.Л. Апанасенко.

Кроме того, студентам были предложены тесты, позволяющие оценить уровень их физической активности и характер питания. Исследования проводились в начале и в конце весеннего семестра (2 раза за 6 месяцев). Оказалось, что при первом исследовании состояние удовлетворительной адаптации по Р.М. Баевскому было в среднем у 48,15 % студентов, а состояние напряжения адаптации у 49,58 %. Не было найдено ни одного студента с выраженным напряжением или срывом адаптации. В то же время было обращено внимание на две студенческие группы. В одной (далее группа № 1) состояние удовлетворительной адаптации наблюдалось у наибольшего количества студентов (60,23 %). В другой группе (далее группа № 2) данное состояние наблюдалось у наименьшего относительного количества студентов (33,3 %).

При первом исследование значения индекса массы тела были низкими у 11,02 % студентов. Указанный показатель был ниже среднего у 23,11 %, средним – у 42,65 %, выше среднего – 13,13 %, высоким – у 9,38 % студентов. Отношение жизненной емкости легких к массе тела было низким у 79,4 % студентов, ниже среднего – у 11,85 %, средним – у 2, 94 %, выше среднего – у 2,94 %. Отношение силы мышц кисти к массе тела было низким у 36,58 % студентов, ниже среднего – у 38,27 %, средним – у 9,09 %, выше среднего – у 8,67 %, высоким – 7,26 %. Произведение частоты сердечных сокращений на величину систолического артериального давления было низким у 29,85 % студентов, ниже среднего – у 17,67 %, средним – у 22,57 %, выше среднего – у 29,42 %, высоким – у 2,97 %.

По результатам тестирования физическая активность была достаточной у 77,37 % студентов. Однако, наименьшее относительное количество лиц с достаточной активностью было отмечено в группе № 1 (64,29 %), а наибольшее – в группе № 2 (93,75 %). Питание было рациональным лишь у 17,47 % студентов. Но при этом наименьшее относительное количество лиц с полноценным питанием было отмечено в группе № 2 (5,56 %), а наибольшее – в группе № 2 (27,65 %).

В течение месяца после проведения первого изучения объективных показателей и результатов тестирования каждому студенту были даны индивидуальные рекомендации по коррекции образа жизни, по улучшению состояния здоровья и по дополнительному медицинскому обследованию.

Через 3 месяца после начала исследования была проведена проверка степени выполнения рекомендаций и дополнительное мотивирование студентов сохранять и укреплять свое здоровье.

Через 6 месяцев после начала исследования у студентов была проведена повторная оцен-