

Работа, кгм	5622,00 + 1314,00	2248,00+1284,00***	754,40+ 476,10***	< 0,001
Восстановит. период, мин.	3,85 + 0,72	4,90 + 1,05***	6,56+ 2,60***	< 0,01

В ходе обследования нами было установлено, что у больных ИБС+СД достоверно меньше были показатели: мощности (в 1,4 раза), времени теста (в 1,8 раз) и проделанной работы (в 3 раза) сравнительно с группой больных ИБС. Вместе с тем, наблюдали достоверное (в 1,3 раза) увеличение времени восстановительного периода. Анализ ЭКГ позволил выявить депрессию сегмента ST у 10 (62,5 %) больных из 16 с ИБС + СД. Низкая толерантность к физической нагрузке выявлена у 11 (68,7 %) пациентов с ИБС + СД и у 29 (53,7 %) больных ИБС.

Таким образом, сочетание ИБС и инсулиннезависимого сахарного диабета приводит к значительному снижению толерантности к физической нагрузке.

Динамика изменений структуры больших берцовых костей мужчин города Красноярск

Н.Н. Медведева

Красноярск, Россия

Для выявления временных (вековых) изменений длинных трубчатых костей изучены большие берцовые кости мужчин I периода зрелого возраста города Красноярск 17- 18 (50 скелетов) и 20-21 веков (30 трупов). Остеоскопические и остеометрические показатели свидетельствуют об уменьшении рельефности больших берцовых костей современных мужчин, увеличении их длиннотных размеров и переходе к латеральным формам поперечного сечения диафизов. Для характеристики внутренней структуры большие берцовые кости изучены рентгенологическим методом по рекомендациям А.Б. Фоминой (1965). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1
Средние значения основных показателей структуры
больших берцовых костей мужчин г. Красноярска

Показатели	Мужчины 17-18 вв.	Мужчины 20-21 вв.
Поперечный Д (диаметр) середины диафиза, мм	23,25 ± 0,4	26,4 ± 0,36
Поперечный d (диаметр) костно- мозгового канала, мм	12,04 ± 0,43	14,7 ± 0,37
Толщина компактного вещества медиальной стенки, мм	7,58 ± 0,43	6,4 ± 0,28
Толщина компактного вещества латеральной стенки диафиза, мм	5,21 ± 0,23	5,3 ± 0,34
Сагиттальный диаметр середины диафиза, мм	28,21 ± 0,49	30,7 ± 0,70
Сагиттальный диаметр середины костно-мозгового канала, мм	12,46 ± 0,58	15,2 ± 0,56
Толщина компактного вещества передней стенки диафиза, мм	10,5 ± 0,32	10,0 ± 0,34
Толщина компактного вещества задней стенки диафиза, мм	5,25 ± 0,26	5,4 ± 0,21
Общая ширина (S) компактного вещества (D-d) , мм	11,21 ± 0,42	11,7 ± 0,45
Средняя толщина компакты диафиза, мм	6,78 ± 0,22	6,8 ± 0,18
Показатель развития компакты (f)	0,58 ± 0,02	0,5 ± 0,01
Кортико- медуллярный индекс	0,97 ± 0,06	0,8 ± 0,05
Изгиб диафиза	3,1 ± 0,16	3,6 ± 0,18

Сравнительный анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы:

У современных мужчин г. Красноярска наблюдается увеличение поперечного и сагиттального диаметров диафизов больших берцовых костей за счет увеличения соответствующих размеров костно-мозгового канала, что подтверждается уменьшением значений показателя компакты и кортико- медуллярного индекса.

Общая ширина и средняя толщина компактного вещества диафизов костей увеличиваются со временем незначительно.

Наблюдается перераспределение в толщине стенок диафизов больших берцовых костей: у современных мужчин уменьшается толщина

передней и медиальной стенок, но увеличивается толщина латеральной и задней, что подтверждает большую встречаемость у них латеральных форм поперечного сечения диафизов изучаемых костей.

С течением времени увеличивается изгиб диафизов больших берцовых костей, что может свидетельствовать о большей пластичности их у современных мужчин.

Исследование взаимосвязи компонентов кининовой системы при деформирующем остеоартрозе

Т.Г.Данилова

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

При различных заболеваниях суставов в период активности имеет место взаимодействие различных медиаторов воспаления, в том числе компонентов калликреин-кининовой системы. Избыточное образование или недостаточная активация кининов в патологических условиях приводит к нарушению микроциркуляции, появлению отека, боли. Обследовано 74 больных деформирующим остеоартрозом (ДОА), из них 85.14% женщин. Преобладали больные в возрасте от 40 до 59 лет (67.57%). У 89.19% пациентов продолжительность болезни составляла от 5 до 20 лет. Произведено определение общей БАЭЭ-эстеразной активности калликреина, прекалликреина, альфа-1-ингибитора протеиназ, альфа-2-макроглобулина в сыворотке крови с помощью спектрофотометрических методов. Для статистической обработки использованы корреляционный и дисперсионный анализы. Изучены взаимосвязи показателей кининовой системы внутри системы, а также в зависимости от продолжительности болезни и возраста больных ДОА. Не выявлены взаимосвязи уровней БАЭЭ-эстеразной активности, калликреина, прекалликреина, альфа-1-ингибитора протеиназ, альфа-2-макроглобулина крови в зависимости от длительности болезни. Найдена прямая умеренная корреляция БАЭЭ-эстеразной активности, калликреина в зависимости от возраста больных ДОА, а также обратная умеренная корреляция уровня прекалликреина в зависимости от возраста. Таким образом, с возрастом у больных ДОА повышается концентрация БАЭЭ-эстеразной активности, калликреина и снижается уровень прекалликреина крови, вероятно, по мере распространенности патологического процесса. Сильные прямые корреляционные связи зафиксированы между БАЭЭ-эстеразной активностью и калликреином ($r=0.751$, $p<0.01$), так как калликреин является ингредиентом БАЭЭ-эстеразной активности. Силь-