

Такое техническое обеспечение санации брюшной полости, как аппарат «Гейзер» в сочетании интенсивной медикаментозной терапии позволили нам уменьшить летальность при разлитом перитоните во II фазе с 30 до 18%.

Корреляционная взаимосвязь между соматотипами и дерматоглифическими параметрами тела подростка

Семенчин Е.А., Луданов Г.Н.

*Ставропольский государственный университет,
Ставрополь*

Препубертатному периоду (переломному между статусом ребенка и взрослого) в отечественной литературе не уделяется достаточного внимания. А между тем проблема учета физиологических особенностей подростков этого периода является в настоящее время актуальной [4].

На первом этапе проведенных исследований с помощью статистических методов (корреляционный, факторный анализ, распределение Стьюдента) определялся соматотип подростка (астеноидный, торакальный, мускульный, дигестивный, неопределенный). Для выборки объема 165 подростков из двух городов Ставропольского края (г. Ставрополь, г. Кисловодск) с помощью t -распределения Стьюдента при уровне значимости $P \geq 0,05$ были установлены процентные соотношения соматотипов этих подростков: 48,65% – астеноидный; 43,24% – торакальный; 5,41 – мышечный; 2,7% – дигестивный и неопределенный. Легко видеть, что преобладающим соматотипом является астеноидный.

Известно [3], что существует устойчивая взаимосвязь между соматотипами и дерматоглифами: у представителей астеноидного типа телосложения дуги встречаются чаще, завитки – реже, чем у представителей дигестивного соматотипа и т.д. Наиболее распространенные дерматоглифические (пальцевые) узоры по Кривичу И.П. подразделяются на ульнарные петли, завитки, дуги, сложные и составные узоры, радиальные петли.

На втором этапе проведенных исследований, с помощью корреляционного анализа соматотипов и дерматоглифических параметров тела подростков было установлено, что: коэффициент корреляции между неопределенным соматотипом и завитками равен $r=0,7$; между торакальным соматотипом и дугами – $r=0,6$; между мус-

кульным соматотипом и ульнарными петлями – $r=0,65$; между астеноидным соматотипом и сложными узорами – $r=0,72$.

Литература

1. Бейлин Н. Статистические методы в биологии. Пер. с английского. – М.: Мир. 1962.
2. Иванов В.М., Калинина В.Н., Нешумова Л.А., Решетникова И.О. Математическая статистика. – М.: Высш. Школа, 1981.
3. Каминский Л.С. Статистическая обработка лабораторных и клинических данных. – М.: Медицина. 1964.
4. Хить Г.Л. Дерматоглифика народов СССР. – М.: Наука, 1983.

Возможности склеротерапии вен пищевода на современном этапе лечения синдрома портальной гипертензии у детей

Тараканов В.А., Старченко В.М., Полеев А.В.
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Целью настоящей работы было определение эффективности эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен пищевода у детей с синдромом портальной гипертензии.

Материалы и методы. С 1997 г. в клинике детской хирургии КГМА в лечении варикозного расширения вен пищевода (ВРВП) при синдроме портальной гипертензии (СПГ) применяется методика ЭС. Этот метод применён у 65 детей в возрасте от 8 месяцев до 15 лет. Мальчиков было 37 (57 %), девочек - 28 (43 %). Распределение больных по формам СПГ было следующим: подпечёночная - 53 (82 %), внутripечёночная - 5 (8 %) и смешанная форма - 7 (10 %). На момент поступления в клинику 11 детей (17 %) имели ВРВП - I-II степени, 16 (25 %) - III степени, 16 (25 %) - IV степени, 22 (33 %) - V степени.

До начала склеротерапии кровотечение из ВРВП отмечалось у 41 (63 %) больных. Причём у 22 детей пищеводное кровотечение (ПК) было однократным, у 9 - двукратным, у 6 - кровотечение рецидивировало 3 раза, а у 4-х в анамнезе отмечалось по 4 эпизода геморрагий. У 24 детей (37 %) до начала ЭС кровотечений в анамнезе не было.

Из всей группы больных 21 человек (32 %) ещё до применения ЭС были оперированы по поводу СПГ и её осложнений (выполнялись операции гастроэзофагеального разобщения).