

жено по сравнению с контрольной группой, особенно в возрастной группе больных 20-50 лет, независимо от пола и тяжести заболевания. Такие же показатели получены и при местном чрескожном облучении в области язвенного дефекта. У больных в старшей возрастной группе (свыше 50 лет) выраженный положительный эффект был получен только при применении аппарата "АДЕПТ - ЕВРО".

При исследовании ЛФ в сыворотке крови больных ЯБ отмечено, что содержание ЛФ не зависело от формы заболевания, но существенные различия получены в возрастных группах и зависело от тяжести заболевания. Так в группе больных, получавших только стандартную терапию, содержание ЛФ превышало более, чем в 2 раза, по сравнению с нормой. При использовании ЛТ в области кубитальной вены отмечено снижение ЛФ, более чем в 1,5 раза в возрастной группе 20-50 лет и оставалось на высоких цифрах у больных в старшей возрастной группе (свыше 50 лет) при всех формах тяжести заболевания. Использование ЛТ методом местного чрескожного облучения в обеих возрастных группах получено полная нормализация содержания ЛФ у больных ЯБ. Включение в лечение больных ЯБ комбинированную ЛТ с применением на период сеанса как воздействие на область кубитальной вены, так и чрескожное воздействие на область язвенного дефекта, способствовало нормализации содержания ЛФ, ФНО- α и СРБ в сыворотке крови, независимо от локализации процесса, формы заболевания, пола и возраста.

Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о нормализующем влиянии лазерной терапии на маркеры воспаления у больных ЯБ. Особенно выраженный эффект получен при проведении лазерной комбинированной терапии.

О ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПХО ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ШОВНОМУ МАТЕРИАЛУ

Квашнина С.И.¹, Климов С.В.², Баринов Д.А.²,
Николенко М.В.³, Едапин В.И.¹,
Шидин А.А.¹, Квашнин К.А.¹, Кропотков Д.А.¹,
Рыбаков А.А.¹, Бабаева Т.В.¹

1-Тюменский государственный нефтегазовый университет (ТюмГНГУ),

2-ГЛПУ ТО ОКБ №2,

*3-Тюменская государственная медицинская академия
Тюмень, Россия*

Имеющиеся данные как отечественных, так и зарубежных учёных, показали своеобразную специфику здоровья жителей страны. Например, в Башкортостане в 2002 году было выявлено, что только 22.5 % рабочих нефтегазовой

отрасли оказались здоровыми, причём, значительный процент в структуре заболеваемости приходится на хирургическую патологию. Высокий уровень травматизма в стране определил актуальность проведения исследований по одному из наиболее важных направлений клинической медицины – хирургии.

В связи с этим, целью нашей работы явилось - поиски возможностей улучшения качества одного из хирургических направлений – первичной хирургической обработки (ПХО) раневых поверхностей, путём применения при этом, новых методологических подходов к сохранению стерильности шовного материала.

Вместе со студентами ТюмГНГУ мы выполнили экспериментальные исследования. Объектами исследования стали пациенты, имевшие раневые повреждения и поступавшие в приемное отделение ГЛПУ ТО ОКБ №2.

В настоящее время, при выполнении первичной хирургической обработки, для сшивания краев раны применяется одна стерильная шовная нить (длинной 50-75см.) с одноразовой иглой. Мы предположили, что, чем дальше от первого шва будет использована эта нить, тем возникает большая вероятность её инфицирования.

Для подтверждения этой гипотезы нами были использованы чашки Петри с питательной средой. В них выкладывались фрагменты нитей от первого шва до последнего (окончательный фрагмент был от последнего шва с иглой), с последующим помещением их в термостат. В конечном итоге наблюдался рост микроорганизмов на последнем этапе (на материале двух последних швов). Это подтвердило наши предположения. Нами предложен метод рационального выполнения ПХО с использованием одноразовых нитей с одноразовыми иглами для каждого шва. На втором этапе работы, будет применена предложенная нами методика с использованием микробиологического контроля. Отсутствие роста микроорганизмов на втором этапе будет подтверждением правильности нашей гипотезы.

ТИПОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЮНОШЕСКОГО И ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Кучиева М.Б.

*ГОУ ВПО «Ростовский ГМУ Росздрава»,
кафедра нормальной анатомии
Ростов-на-Дону, Россия*

Актуальность работы

Исследования последних лет (Е.В. Чаплыгина, 1996-2008; О.А. Аксенова, 1999; О.Т. Варганова, 2003-2008; А.А. Адаму, 2007; А.А. Али, 2007; А.В. Кондрашев с соавт., 1996-2008) показали, что у людей различных конституциональных типов существенно различаются поло-

жение размеры и функциональные особенности внутренних органов и систем. В настоящее время ультразвуковой метод остается приоритетным в оценке объёмных показателей щитовидной железы, но отсутствие четких критериев нормы объёмных параметров с учетом конституциональных особенностей организма затрудняет раннее распознавание патологических изменений ее железистой ткани.

Цель данного исследования – с помощью ультразвукового метода исследования выяснить конституциональные особенности эхографических параметров щитовидной железы у здоровых людей юношеского и первого зрелого возраста.

Материалы и методы исследования

Для достижения указанной цели при помощи ультразвукового метода было обследовано 285 здоровых людей обоего пола (из них мужчин - 140, женщин - 145) юношеского и первого периода зрелого возраста. Эхографию выполняли в отделении функциональной диагностики Ростовского государственного медицинского университета с использованием общепринятой методики. Проведена соматометрия и соматотипирование по методу Р.Н. Дорохова, В.Г. Петрухина (1989).

Соматотипирование предусматривало определение габаритного (ГУВ), компонентного (КУВ) и пропорционного (ПУВ) уровней варьирования признаков. Методика позволяет дифференцировать наносомный (НаС), микросомный (МиС), микромезосомный (МиМеС), мезосомный (МеС), макромезосомный (МаМеС), макросомный (МаС) и мегалосомный (МеГС) соматические типы. Для оценки КУВ признаков проводили измерение показателей жировой (жировые складки плеча и бедра), мышечной (обхваты плеча и бедра) и костной (диаметры плеча и бедра) масс. Для оценки ПУВ определяли длину нижней конечности от паховой точки до пола (ДНК). При использовании линейного регрессионного анализа определяли корреляционные зависимости между данными антропометрии и эхографии, уравнения линейной регрессии, позволяющие оценивать объемы щитовидной железы с учетом отдельных антропометрических параметров.

Полученные результаты

Нормальные значения общих объёмов щитовидной железы представителей различных соматических типов представлены в табл. 1.

Таблица 1. Общий объём щитовидной железы (ОЖ) у здоровых лиц 17 - 30 лет (в см³) различных соматических типов по ГУВ признаков

Соматические типы					
МиС	МиМеС	МеС	МаМеС	МаС	МеГС
Женщины					
8,333±0,489	8,770±0,615	9,437±0,563	9,369±0,375	10,74±0,613	11,64±1,445
5,33-10,55	6,3-11,62	7,3-13,2	7,7-11,79	8,06-14,4	11,66-13,72
Мужчины					
8,924±0,712	9,574±0,577	11,04±0,683	11,6±0,973	12,88±0,898	12,98±1,685
7,78-12,17	7,78-14,71	9,27-14,66	8,34-18,7	9,00-19,11	11,36-15,4

Из представленных данных видно, что общий объём щитовидной железы имеет существенные половые и типовые особенности. В ряду соматических типов (от микросомного к мегалосомному) его значения значительно увеличиваются. Разница между средними значениями этого показателя у МиС и МеГС типов для женщин составляет 3,31 см³, для мужчин – 4,064 см³ (p<0,0001).

Необходимо отметить, что при использовании в эндокринологии, функциональной диагностике и медицинской антропологии традиционной методики расчета объёма щитовидной железы необходимо учитывать ее две части (объём правой и левой долей), которые мы обозначили как ОПД и ОЛД. Несомненно, важными являются сведения о значениях объемов правой и левой долей щитовидной железы женщин и мужчин различного телосложения (см. табл. 2 и 3).

Таблица 2. Объем правой доли щитовидной железы (ОПД в см³) у здоровых лиц 17 – 30 лет различных соматических типов по ГУВ признаков

Соматические типы					
Женщины					
МиС	МиМеС	МеС	МаМеС	МаС	МеГС
4,230±0,282	4,596±0,363	5,159±0,326	4,964±0,265	5,641±0,375	6,263±0,868
2,83-6,03	2,78-7,14	3,85-3,4	3,84-6,81	3,78-7,88	7,21-5,38
Мужчины					
4,589±0,410	5,032±0,346	5,960±0,408	6,586±0,637	6,793±0,568	7,363±1,185
3,68-6,7	3,8-8,29	4,47-7,84	4,3-11,4	4,6-11,95	6,3-9,1

Таблица 3. Объем левой доли щитовидной железы (ОЛД в см³) у обследованных 17 – 30 лет различных соматических типов по ГУВ признаков

Соматические типы					
Женщины					
МиС	МиМеС	МеС	МаМеС	МаС	МеГС
4,102±0,290	4,174±0,377	4,278±0,335	4,405±0,245	5,159±0,503	5,378±1,792
2,32-5,9	2,51-7,3	3,24-6,7	3,3-6,35	3,4-8,12	3,04-7,11
Мужчины					
4,335±0,429	4,602±0,335	5,077±0,518	5,016±0,435	6,091±0,507	5,618±0,541
3,35-6,31	3,78-8,41	3,2-7,56	3,5-7,59	3,3-10,8	5,06-6,3

Анализируя представленные в табл. 2 и 3 результаты измерений, можно утверждать, что у женщин и мужчин конституциональные особенности правой доли щитовидной железы достаточно выражены.

Следует обратить внимание на то, что средние показатели ОПД заметно возрастают от МиС к МеГС типам. Разница между средними значениями ОПД у МиС и МеГС типов составляют 2,98 см³ (p<0,00001) для женщин и 2,77 см³ (p<0,00001) - для мужчин. Разница между средними значениями ОЛД у МиС и МеГС типов для женщин составила 1,28 см³ (p<0,0007), для мужчин данный показатель оказался недостоверным (p<0,05).

Были изучены корреляционные связи объемов (ОЖ, ОПД, ОЛД) щитовидной железы у лиц обоего пола с некоторыми антропометрическими показателями (МТ - масса тела, ДТ - длина тела, ДНК - длина нижней конечности, ЖПП - жировая складка плеча передняя, ЖПЗ - жировая складка плеча задняя, ЖБВ - жировая складка бедра верхняя, ЖБН - жировая складка бедра нижняя, ОПВ - обхват плеча верхний, ОПН - обхват плеча нижний, ОБВ - обхват бедра верхний, ОБН - обхват бедра нижний, ДП - диаметр плеча, ДПР - диаметр предплечья). Установлены уравнения регрессионной зависимости объемов железы от антропометрических параметров (см. табл. 4).

Таблица 4. Регрессия зависимости объемов железы от антропометрических показателей у обследованных женщин и мужчин

Объемы железы	Уравнения линейной регрессии	
	Женщины	Мужчины
ОЖ	ОЖ=4,32+0,089·МТ; r=0,43 ОЖ=-4,98+0,087·ДТ; r=0,41 ОЖ=-1,03+0,12·ДНК; r=0,39 ОЖ=4,61+0,18·ОПВ; r=0,35 ОЖ=3,75+0,24·ОПН; r=0,34 ОЖ=3,01+1,03·ДП; r=0,33	ОЖ=1,21+0,14·МТ; r=0,59 ОЖ=-8,81+0,11·ДТ; r=0,39 ОЖ=9,7+1,92·ЖПП; r=0,34 ОЖ=8,98+2,03·ЖПЗ; r=0,43 ОЖ=8,99+1,26·ЖБВ; r=0,36 ОЖ=8,74+1,23·ЖБН; r=0,41 ОЖ=2,84+0,29·ОПВ; r=0,38 ОЖ=0,43+0,27·ОБН; r=0,45 ОЖ=2,46+1,64·ОБВ; r=0,43
ОПД	ОПД=1,34+0,06·МТ; r=0,52 ОПД=1,38+0,13·ОПВ; r=0,42 ОПД=0,87+0,18·ОПН; r=0,41 ОПД=0,39+0,74·ДП; r=0,38 ОПД=0,34+0,98·ДПР; r=0,35	ОЖ=0,48+0,08·МТ; r=0,52 ОЖ=-5,15+0,06·ДТ; r=0,34 ОЖ=4,88+1,05·ЖБВ; r=0,39 ОЖ=4,64+1,01·ЖБН; r=0,38 ОЖ=0,74+0,21·ОПН; r=0,37 ОЖ=1,34+0,09·ОБВ; r=0,41 ОЖ=0,54+0,14·ОБН; r=0,40
ОЛД	ОЖ=-1,61+0,07·ДНК; r=0,34	ОЖ=0,76+0,06·МТ; r=0,51 ОЖ=4,01+0,47·ЖПЗ; r=0,41

В результате проведенного анализа у обследованных женщин связь объемов железы с массой тела и с обхватными размерами более выражена; менее выражена такая зависимость с длиной тела, длиной нижней конечности и костными диаметрами. Отмечена более тесная корреляционная связь объемов щитовидной железы с длиной, массой, обхватными и жировыми параметрами у обследованных мужчин по сравнению с обследованными женщинами. Это объясняется

меньшим количеством факторов, влияющих на размеры щитовидной железы здоровых мужчин.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что общий объем щитовидной железы и объемы его долей имеют выраженные конституциональные особенности. У женщин и мужчин конституциональные изменения этих показателей проявляются их увеличением в ряду соматических типов по габаритному уровню варьирования признаков. Полученные результаты позволяют

практикующему врачу поликлиники и стационара быстро проводить сопоставление ультразвуковых показателей щитовидной железы и данных соматодиагностики для обнаружения признаков, не укладывающихся в границы возрастной и конституциональной нормы.

Выводы

1. В целях получения объективной информации о типовой изменчивости размеров щитовидной железы необходимо учитывать зависимость объёмных показателей щитовидной железы от конституциональных характеристик обследуемых.

2. Показатели объёмов щитовидной железы зависят от соматического типа обследованных.

3. Определены достоверные корреляционные связи объёмов щитовидной железы здоровых обследованных 17-30 лет с антропометрическими показателями.

4. Уравнения линейной регрессионной зависимости объёмов щитовидной железы от отдельных антропометрических показателей позволяют комплексно оценивать состояние щитовидной железы с учетом конституциональных особенностей пациента.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Лифшиц В.Б., Сернов С.П., Субботина В.Г.,
Демина Т.М.

*Саратовский государственный медицинский
университет
Саратов, Россия*

Злоупотребление алкоголем широко распространено и представляет важную медицинскую и социальную проблемы. В патогенезе алкогольной болезни, которая проявляется тремя основными формами - стеатозом, гепатитом и циррозом, помимо прямого токсического эффекта этанола существуют, по-видимому, и другие факторы, препятствующие или способствующие развитию заболевания (Saunders С. и Devereaux А., 2002). Несмотря на ежегодное увеличение числа пациентов с алкогольной болезнью печени и затратами общества на их лечение в настоящее время не предложено способов прогноза прогрессирования заболевания.

Целью исследования являлось определение значимых клиничко-сонографических, биохимических, психологических критериев алкогольной болезни печени и их взаимосвязей, с построением методом дискриминантного анализа математических моделей прогнозирования течения заболевания.

Обследовано 40 больных (мужчин и женщин в возрасте от 20 до 70 лет), которые были разделены на 4 группы: 1-я – алкогольный жировой гепатоз (10 человек), 2-я – хронический алкогольный гепатит (10 человек), 3-я – алкогольный

цирроз печени (10 человек), 4-я контрольную группу составили практически здоровые люди (10 человек). Критерии исключения: онкологические заболевания, неалкогольный стеатоз, хронические гепатиты и циррозы неалкогольной этиологии, болезни накопления, болезни обмена веществ.

По предварительным данным (малое количество наблюдений) при биохимическом исследовании сыворотки крови значимыми критериями прогрессирования алкогольного поражения печени были следующие: снижение протромбинового времени (индекса), повышение уровня гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) и рост соотношения АСТ/АЛТ. У пациентов с развитием алкогольной болезни печени также по результатам психологического тестирования (тест Люшера и тест ММРІ) были определены нарастающие нарушения в эмоциональной сфере и личностных характеристиках, снижение памяти и интеллекта.

Результаты дальнейшего набора материала будут обработаны методами вариационной статистики (корреляционный и дискриминантный анализы), что позволит предложить критерии прогрессирования алкогольной болезни печени и разработать математические модели прогнозирования течения заболевания. Подобное моделирование даст возможность органам практического здравоохранения осуществлять у этой категории пациентов долгосрочный и обоснованный прогноз потребности лечебно-профилактических мероприятий.

РОЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ

Мейнгот Я.Я., Снесарь Н.Н.

*Красноярский государственный педагогический
университет им. В.П.Астафьева, кафедра
Безопасности жизнедеятельности и адаптивной
физической культуры.
Красноярск, Россия*

Большую роль в коррекционной работе играют занятия адаптивной физической культурой. Наряду с решением основных задач – укреплением здоровья и закаливанием детского организма, обеспечением правильного физического развития, обучением двигательным умениям и навыкам – уроки физической культуры в специальной (коррекционной) школе VIII вида решают и коррекционные задачи путем преодоления недостатков физического развития и нарушений моторики умственно отсталых школьников. Особую актуальность приобретает вопрос о расширении двигательной активности школьников с нарушением интеллекта в оздоровительных и коррекционных целях. Коррекционное обучение позволяет положительно влиять на двигательную сферу и познавательные процессы, по-