

нем провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α), СРБ, что косвенно подтверждает роль воспаления в прогрессировании ремоделирования сосудистого русла у больных с сочетанной патологией.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РАЗМЕРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СТОПЫ С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕВУШЕК 17-19 ЛЕТ

Коннова О. В., Николенко В. Н., Сырова О. В.

*ГОУ ВПО «Саратовский государственный
медицинский университет Росздрава»,
Саратов, Россия*

Необычайная сложность анатомического строения стопы человека в сочетании с разнообразием ее функций делает ее трудно доступной для познания закономерностей ее строения в связи со строением всего организма в целом (Аверьянова-Языкова Н. Ф., 2002; Ануфриева Л. В., 2002; Thomas R. L., 2001).

Цель исследования

Изучить корреляционные взаимоотношения размерных характеристик стопы с антропометрическими показателями девушек 17-19 лет.

Объекты и методы исследования

Морфометрия тела с детальным изучением параметров стоп и свободных нижних конечностей проведена у 242 девушек 17-19 лет студенток Саратовского государственного медицинского университета. Изучение морфометрических характеристик стоп проводилось с применением цифрового фотометрического аппаратно-програмного – комплекса «Плантовизор».

Результаты исследования и их обсуждение

Длина стопы связана средними по силе корреляционными связями с ростом ($r=0,4$), массой тела ($r=0,62$), длиной нижней конечности ($r=0,55$) и бедра ($r=0,65$), обхватом над лодыжками ($r=0,7$), окружностью грудной клетки ($r=0,65$), площадью тела ($r=0,75$). Данный параметр связан обратной сильной корреляционной связью с косою шириной стопы ($r=-0,75$) и обратной средней – с таранно-опорным углом ($r=-0,5$).

Косая ширина стопы не формирует сильных корреляционных связей с антропометрическими параметрами. Средняя по силе связь характерна

для роста сидя ($r=0,48$), массы тела ($r=0,58$), длины нижней конечности ($r=0,57$), обхвата над лодыжками ($r=0,52$), окружности грудной клетки ($r=0,7$), кожно-жировых складок в различных точках измерения ($r=0,4-0,56$), жирового ($r=0,42$) и костного ($r=0,47$) компонентов, индексов Роре-ра и Кетле ($r=0,5$). Данный размер стопы связан сильной положительной корреляционной связью только с длиной стопы. Средняя по силе положительная связь характерна для коэффициента распластанности переднего отдела стопы ($r=0,44$), а средняя отрицательная – для высоты таранной кости ($r=-0,34$) и таранно-опорного угла ($r=-0,4$).

Угол Фика взаимосвязан средними по силе корреляционными связями с массой тела ($r=0,42$), обхватами плеча ($r=0,37$), предплечья ($r=0,4$) запястья ($r=0,42$) и бедра ($r=0,47$), окружностью грудной клетки ($r=0,49$). Между данным параметром и коэффициентом переднего отдела стопы, угла у ладьевидной кости образуются средние прямые корреляционные связи ($r=0,45$ и $r=0,49$), а с углом у лодыжки – обратная корреляционная связь ($r=-0,38$).

Для коэффициента переднего отдела стопы характерны средние по силе корреляционные связи с длинами нижней конечности ($r=0,41$) и бедра ($r=0,35$) и с углом Фика ($r=0,45$). Обратная средняя корреляционная связь выявлена с длиной туловища ($r=-0,59$) и коэффициентом продольного уплощения ($r=-0,52$).

Коэффициент распластанности переднего отдела стопы образует только средние по силе корреляционные связи прямой и обратной направленности с полным ростом ($r=-0,37$), ростом сидя ($r=-0,65$), длиной туловища ($r=-0,6$), шириной стопы ($r=0,4$), углом Шопарова сустава ($r=-0,57$) и углом отклонения I пальца ($r=0,44$).

Коэффициент продольного уплощения связан средними прямыми корреляционными связями с массой тела ($r=0,45$), обхватами плеча ($r=0,4$), предплечья ($r=0,42$), запястья ($r=0,53$), бедра ($r=0,58$), голени ($r=0,55$), над лодыжками ($r=0,57$) и с углом Шопарова сустава ($r=0,48$). Обратная по силе корреляционная связь формируется с коэффициентом переднего отдела стопы ($r=-0,52$) и углом отклонения I пальца ($r=0,44$).

Угол Шопарова сустава не связан значимыми корреляционными связями с основными антропометрическими параметрами тела, но формирует различные по силе и направлению связи с параметрами стопы. Сильная отрицательная корреляционная связь характерна для высоты

внутренний арки продольного свода ($r=-0,96$). Средние по силе прямые и обратные связи выявлены с коэффициентом распластанности переднего отдела стопы ($r=-0,57$), коэффициентом продольного уплощения ($r=0,48$), углом отклонения первого пальца ($r=-0,47$), углом позиционной установки пяточной кости ($r=-0,34$), углами у лодыжки ($r=0,54$), пяточной ($r=-0,54$) и ладьевидной ($r=0,67$) костей.

Угол отклонения первого пальца связан средними по силе корреляционными связями прямой и обратной направленности с ростом тела ($r=-0,43$), длиной туловища ($r=0,39$), коэффициентом поперечного ($r=0,44$) и продольного ($r=-0,36$) уплощения, углами Шопарова сустава ($r=-0,47$), таранно-опорного ($r=0,42$), у лодыжки ($r=-0,37$) и ладьевидной кости ($r=-0,67$).

Угол позиционной установки пяточной кости образует сильную положительную корреляционную связь только с высотой таранной кости ($r=0,85$). Средние по силе положительные связи выявлены с таранно-опорным углом ($r=0,42$), массой тела ($r=0,37$), длиной туловища ($r=0,52$), окружностью грудной клетки ($r=0,48$), кожно-жировыми складками в различных точках измерения ($r=0,48-0,64$), жировым ($r=0,49$) и костным ($r=0,5$) компонентами. Средние отрицательные связи наблюдаются с коэффициентом продольного уплощения ($r=-0,36$), углами Шопарова сустава ($r=-0,34$), у ладьевидной кости ($r=-0,67$).

Высота срединной арки продольного свода связана сильной положительной корреляционной связью только с высотой внутренней арки продольного свода ($r=0,78$). Средние по силе прямые связи характерны для роста сидя ($r=0,58$) и угла у пяточной кости ($r=0,36$); обратные – для угла у лодыжки ($r=-0,36$).

Высота наружного продольного свода связана сильной положительной корреляционной связью с высотой срединной арки продольного свода ($r=0,93$) и с высотой таранной кости ($r=0,78$). Средние по силе прямые связи выявлены с высотой внутренней арки продольного свода ($r=0,68$), ростом сидя ($r=0,47$) и величиной мышечного компонента ($r=0,45$). Обратные средние корреляционные связи прослеживаются между толщиной кожно-жировых складок ($r=-0,33-0,64$) и углом позиционной установки пяточной кости ($r=-0,36$).

Высота внутренней арки продольного свода сильные положительные корреляционные связи с высотой срединной арки продольного сво-

да ($r=0,78$) и с высотой таранной кости ($r=0,86$). Сильная отрицательная связь выявлена с углами Шопарова сустава ($r=-0,96$) и у лодыжки ($r=-0,74$). Средние связи различной направленности характерны для роста тела ($r=0,51$), костного компонента ($r=0,33$), угла отклонения первого пальца ($r=0,52$), высоты наружного продольного свода ($r=0,68$), углов – таранно-опорного ($r=0,54$), у пяточной ($r=0,65$) и ладьевидной ($r=-0,64$) костей.

Высота таранной кости связана сильными положительными корреляционными связями с высотами всех продольных сводов ($r=0,78-0,86$). Средняя положительная связь выявлена с ростом тела ($r=0,67$), таранно-опорным углом ($r=0,45$) и углом у пяточной кости ($r=0,56$); средняя отрицательная – с косой шириной стопы ($r=-0,34$) и с углом у лодыжки ($r=-0,62$).

Таранно-опорный угол связан сильной отрицательной корреляционной связью с углом у ладьевидной кости ($r=-0,71$). Средние по силе положительные связи выявлены с углами отклонения первого пальца ($r=0,42$), позиционной установки пяточной кости ($r=0,36$), высотой внутренней арки продольного свода ($r=0,54$), высотой таранной кости ($r=0,45$); отрицательные – с длиной ($r=-0,5$) и шириной ($r=-0,4$) стопы, с углом у лодыжки ($r=-0,62$), длиной тела ($r=-0,53$), длинами нижней конечности, бедра и голени ($r=-0,3-0,61$).

Угол у лодыжки образует сильные корреляционные связи: прямые – с углом у лодыжки ($r=0,79$), обратные – с углом у пяточной кости ($r=-0,93$) и высотой внутренней арки продольного свода ($r=-0,74$). Средние по силе связи различной направленности выявлены с длиной тела ($r=-0,4$), углами Фика ($r=-0,38$), отклонения первого пальца ($r=-0,37$), коэффициентом продольного уплощения ($r=0,54$), высотами продольных сводов ($r=-0,36-0,64$), таранно-опорным углом ($r=-0,62$).

Угол у пяточной кости связан сильной отрицательной корреляционной связью с углом у лодыжки ($r=-0,93$); средней положительной – с ростом сидя ($r=0,45$), с высотами средней и внутренней арок продольных сводов ($r=0,36-0,65$), высотой таранной кости ($r=0,56$); средней отрицательной – с углом Шопарова сустава ($r=-0,54$) и углом у ладьевидной кости ($r=-0,62$).

Угол у ладьевидной кости образует сильную положительную корреляционную связь с углом у лодыжки ($r=0,79$) и сильную отрицатель-

ную – с таранно-опорным углом ($r=-0,71$). Средние по силе связи различной направленности выявлены с длиной бедра ($r=0,51$), углами Фика ($r=0,49$), Шопарова сустава ($r=0,67$), отклонения первого пальца ($r=-0,67$), позиционной установки пяточной кости ($r=-0,36$), у пяточной кости ($r=-0,62$), коэффициентом продольного уплощения ($r=0,53$), высотой внутренней арки продольного свода ($r=-0,64$).

Таким образом, морфометрические параметры стоп формируют только средние и слабые корреляционные связи различной направленности с антропометрическими параметрами тела. Между параметрами и коэффициентами стопы прослеживаются корреляционные связи различной силы прямой и обратной направленности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ КОЛЛАГЕНОЗАМИ

Кудинова Е. Г.

*МУЗ Ключевская ЦРБ им. И. И. Антоновича,
Алтайский край, Россия*

Клиническая картина заболеваний ближайших родственников может служить предиктором развития нарушений репродуктивной функции у женщин с коллагенозами. Сочетание признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани и нарушений репродуктивной функции у женщин встречается по данным различных авторов от 20 до 80%. Характеристика семейного анамнеза используется для целенаправленного обследования таких больных. Выявление нарастания патологических изменений соматического здоровья в поколениях родственников позволяет увеличить возможности прогнозирования репродуктивных нарушений у женщин с недифференцированными дисплазиями соединительной ткани (коллагенозами). Целью исследования явилось изучение особенностей семейного анамнеза у молодых женщин с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани и нарушением репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Исследованы особенности семейного анамнеза у 260 пациенток молодого возраста (15-24 лет). Основную группу составили 130 молодых женщин с недифференцированными признаками коллагенозов и нарушением репродуктивной функции,

а также их 1414 родственников первой и второй степени родства. Группу сравнения составили 68 молодых женщин без признаков коллагенозов и их 658 родственников первой и второй степени родства. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики.

Результаты исследования. В основной группе женщин у родственников 1-й степени родства ($p < 0,0001$) признаки дисплазии соединительной ткани в 2,5 раза (30,0% и 11,9%), у родственников 2-й степени родства в 1,5 раза (14,0% и 9,2%) превышали таковые в группе женщин без признаков коллагенозов. Фенотипические проявления: миопии в 3,5 раза (4,5% и 1,3%) и висцеральные проявления: грыжи в восемь раз (1,6% и 0,2%), вегето-сосудистые дистонии (6,8% и 2,1%) почти в три раза чаще встречались у родственников женщин с коллагенозами и нарушением репродуктивной функции. На протяжении жизни у родственников женщин с коллагенозами и нарушением репродуктивной функции выявлено в два раза чаще количество заболеваний сердечно-сосудистой системы: (22,2% и 11,0%). Отягощенный тромботический анамнез наблюдается в большинстве случаев у матерей и отцов женщин с недифференцированными дисплазиями соединительной ткани. У них встречаются в три раза чаще нарушения мозгового кровообращения (инсульты) (4,6% и 1,5%), инфаркты миокарда (4,6% и 2,3%), тромбозы (2,3% и 0,8%). Эндокринные заболевания (ожирение, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет) выявлены более чем у трети родственников 1-й степени родства среди женщин с нарушением репродуктивной функции и коллагенозами (36,5% и 7,5%). Злокачественные заболевания соматической сферы у родственников 1-й степени родства женщин основной группы в два раза (3,5% и 1,7%), а репродуктивной более чем в десять раз превысили таковые у родственников женщин группы сравнения (5,0% и 0,4%). Доброкачественные новообразования репродуктивной сферы почти в три раза чаще встречались у родственников женщин основной группы (28,6% и 9,4%).

Таким образом, экстрагенитальная и гинекологическая патология среди родственников первой и второй степени родства у женщин с коллагенозами и нарушением репродуктивной функции значительно превышает таковую в поколениях родственников женщин без коллагенозов. Выявление генетических аспектов нарушений репро-