

детей поведенческие реакции без существенной динамики.

После трёх курсов лечения наблюдалось повышение амплитуды ЗВП с $7,4 \pm 0,4$ мкВ до $8,3 \pm 0,3$ мкВ в контрольной группе и с $7,2 \pm 0,6$ до $8,7 \pm 0,5$ мкВ в основной группе ($P < 0,05$). Латентность P100 уменьшилась с $135 \pm 2,3$ до $132 \pm 2,2$ мс в контрольной группе ($P < 0,05$) и с $137 \pm 3,1$ до $129 \pm 2,1$ мс в основной группе ($P < 0,05$).

Обсуждение результатов. Определяющим отличием способа является лимфотропное введение ретиналамина, что позволяет создать необходимую терапевтическую концентрацию препарата непосредственно в сетчатке и зрительном нерве.

Новизна способа:

- Ретиналамин вводят с двух сторон по 2,5 мг под кожу висков в зону проекции височной мышцы, так как эта зона является мишенью терапевтического воздействия регионарной лимфотропной терапии для орбиты и глазного яблока. Экспериментально и клинически доказано, что введение лекарства в зоны регионарного воздействия способствует концентрации препарата в патологическом очаге вследствие ретроградного продвижения лимфотропно вводимых препаратов по лимфатическим сосудам [10].

- Для приготовления раствора для инъекции содержимое флакона ретиналамина 5 мг предварительно растворяют в 1,0 мл 0,5% раствора новокаина, который в таком разведении стимулирует лимфодренаж и создаёт условия для лимфотропности препарата [11].

Это позволяет получить следующий новый результат:

1. Лимфотропное ведение препарата обеспечивает высокую регионарную экспозицию и концентрацию лекарственного препарата, минимальную медикаментозную нагрузку на организм, улучшение микроциркуляции, лимфоциркуляции, лимфодренажа региона.

2. Техника проведения процедуры очень проста и исключает возможность осложнений, что крайне важно, учитывая как сложность лечения маленьких пациентов, так и необходимость проведения этой терапии не в офтальмологических, а в неврологических отделениях.

3. Короткий курс лечения позволяет уложить в сроки пребывания больных в стационаре.

4. Повторный курс лечения возможно проводить в условиях поликлиники, амбулаторно.

5. Разработанный режим введения ретиналамина позволяет снизить трудоемкость лечения, достичь стойкой стабилизации зрительных функций.

Выводы: предложенный способ лечения атрофии зрительного нерва с использованием ретиналамина является простым и эффективным методом терапии, пригодным для пациентов раннего детского возраста.

Список литературы

1. Антропов Г.Н. с соавт. Патент РФ 2157156, мпк А61F9/007, А61N2/02, А61N1/32, А61N5/06 опубл. 20.02.1997.
2. Багров С.Н. с соавт. Патент РФ 2193379, мпк А61F9/007, опубл. 08.07.1999.
3. Белый Ю.А. с соавт. Патент РФ 2204367, мпк А61F9/007, А61F9/00, опубл. 10.10.2001.
4. Белый Ю.А. с соавт. Патент РФ 2375019, мпк А61F9/007, А61K35/28, А61P27/02 опубл. 10.12.2009.
5. Гусаревич О.Г. с соавт. Патент РФ 237904, мпк А61F9/00, опубл. 08.07.2008.
6. Зубарева Л.Н., Марченкова Т.Е.. Патент РФ 2206299, мпк А 61F 9/00, А 61K35/30, А 61K35/44, А 61K35/30, А 61N2/00, А61N5/06, А 61N5/00, А 61P27/02, публ.20.06.2003.
7. Егоров В.В.,Белова О.В.,Смолякова Г.П. Патент РФ 2284170, мпк А61F9/00, А61N1/36, А61K31/70, А61K31/185 А61P27/02, А61P27/07 опубл. 27.09.2006.
8. Егорова Е.В. с соавт. Патент РФ 2235528, мпк А61F9/007, А61N2/00 опубл. 26.02.2003.
9. Карушин О.И., Мулдашев Э.Р., Галимова В.У. Патент РФ 2171099, мпк А61F9/00, А61F9/007 опубл. 22.05.1998.
10. Левин Ю.М. Основы общеклинической лимфологии и эндозкологии. – М., 2003. – С. 90–92
11. Левин Ю.М. Основы общеклинической лимфологии и эндозкологии. – М., 2003. – С. 119.
12. Либман Е.С., Шахова Е.В. Вест. офтальмол. – 2006. – № 1. – С. 35–37.
13. Линник Л.Ф. с соавт. Патент РФ 2192817, мпк А61F9/00, опубл. 16.02.1999.
14. Марченкова Т.Е. Патент РФ 2295936, мпк А61F9/00, опубл. 08.04.2005.
15. Сайдашева Э.И., Скоромец А.П., Котина Н.З. Нейропротекция в офтальмопедиатрии. <http://www.terramedica.spb.ru/index.htm>—2007—№ 5 (49).
16. Сафина З.М. Патент РФ 2161019, мпк А61F9/00, А61N1/36 опубл. 25.04.2000.
17. Сидоренко Е.И., Павлова Т.В. Актуальные вопросы детской офтальмологии. – М., 1997 г. – С. 161–163].
18. Симко И.В. с соавт. Патент РФ 2309749, мпк А61K31/722, А61K31/727, А61K38/30, А61P27/02 опубл. 08.06.2006.
19. Таракановский А.В. Патент РФ 2192899, мпк А61F9/00, А61N2/04, А61N5/02 опубл. 26.10.2001.
20. Фёдоров С.Н. с соавт. Патент РФ 2025114, мпк А61F9/00, опубл. 30.12.1994.

**ВЛИЯНИЕ ТИПА ШЕИ
НА СТЕРЕОМОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРСТНЕВИДНОГО
ХРЯЩА У ВЗРОСЛЫХ**

¹Старостина С.В., ²Николенко В.Н.

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва;
²Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов,
e-mail: s.starostina@pochta.ru

Трудности, возникающие в ходе оперативных вмешательств на шее, зачастую обусловлены изменчивостью многочисленных анатомических структур и органов, расположенных в данной области [3]. Коваленко А.А., Бородулин И.А. (2005), проведя морфометрическое изучение шеи у 120 женщин с патологией щитовидной железы, выделили три основных её типа: короткая толстая, тонкая высокая и промежуточный вариант [2].

С.Б. Зелигман (1957) отмечал изменчивость формы перстневидного хряща (ПХ) и проекции

его дуги на пластину независимо от возраста и пола [1]. Lipton R.J. и соавт. (1989) морфометрически изучили направление и глубину введения электродов во внутригортанные мышцы транскутанно через щитоперстневидную мембрану [6]. Изучение ПХ с позиций индивидуальной анатомической изменчивости стереоморфотопометрических характеристик в связи с различными вариантами шеи и телосложения не проводилось.

Целью исследования явилось выявление индивидуальной изменчивости стереотопометрических характеристик ПХ у взрослых с различным вариантом шеи, определение коррелятивных связей параметров ПХ с антропометрическими.

Материалом исследования послужили препараты гортани и подъязычной кости, взятые в течение 12-24 часов после смерти от трупов 50 мужчин 26-64 ($50,0 \pm 3,2$) лет и 50 женщин 33-70 ($56,0 \pm 2,9$) лет методом случайного бесповторного отбора. Проводилась антропометрия с целью выявления общей и частной конституции шеи, типа телосложения – измерение длины тела (ДТ), акромиального диаметра (АД), окружности грудной клетки (ОГК), длины шеи спереди (ДШ) и её окружности (ОШ); выделение на аутопсии гортанно-подъязычного комплекса и его препарирование; стереотопометрия препаратов гортани. В вариационно-статистической обработке и анализе данных использованы грудно-ростовой (обычный грудной – Т) и длинношею-окружностный (шейный – С) индексы. Применена методика ларингостереотопометрии [4,5].

Результаты исследования. Проведен корреляционный анализ взаимоотношений грудного и шейного индексов. Степень корреляции параметров ПХ с шейным коэффициентом (С) в сумме квадратов значений коэффициента корреляции статистически достоверно превышает аналогичную с грудно-ростовым (Т): по С – мужчины $R = 10,405$, женщины $R = 5,688$; по Т – мужчины $R = 0,6518$, женщины $R = 2,3349$. В связи с этим шейный индекс использовался в качестве критерия разделения выборки на 3 группы: I – субъекты с толстой и короткой шеей (короткошейные), II – субъекты с промежуточным вариантом шеи (среднешейные), III – субъекты с тонкой и длинной шеей (длинношейные). Среди мужчин группы распределились в следующих границах шейного индекса (С): I группа – короткошейные $0,233 < C < 0,296$; II группа – с промежуточным вариантом шеи $0,305 < C < 0,345$; III группа – длинношейные $0,352 < C < 0,417$; среди женщин соответственно: I группа – короткошейные – $0,225 < C < 0,298$; II группа – среднешейные – $0,301 < C < 0,397$; III группа – длинношейные – $0,431 < C < 0,468$.

Определены характеристические расстояния ПХ, коррелирующие с антропометрическими параметрами в каждой группе. Из 20 изучаемых параметров ПХ наиболее значимыми

оказались – ширина пластины на среднем уровне, высота пластины по средней линии, высота дуги по средней линии, передне-задний размер на среднем уровне (расстояние от середины верхнего края дуги до середины пластины ПХ на среднем уровне).

Максимальные средние значения ширины пластины ПХ на среднем уровне составили в группах длинношейных мужчин $27,6 \pm 0,2$ мм и женщин – $21,2 \pm 0,2$ мм. Минимальные средние значения – у короткошейных мужчин $21,3 \pm 0,1$ мм и женщин $19,4 \pm 0,1$ мм. Ширина пластины ПХ на среднем уровне колеблется от $19,4 \pm 0,3$ мм до $27,6 \pm 0,2$ мм. Выявлена сильная и средняя корреляционная взаимосвязь параметра у обоих полов в группах короткошейных – с АД (от $-0,62$ до $0,69$); мужчин 1-й группы – с ОГК ($0,68$); у среднешейных женщин – с АД ($0,86$), ОГК ($0,67$), ДШ ($0,52$), ОШ ($0,65$).

При изучении высоты пластины ПХ по средней линии максимальные средние значения составили: у мужчин в группе длинношейных $24,9 \pm 0,3$ мм, у женщин – короткошейных $23,5 \pm 0,4$ мм. Минимальные средние значения – у короткошейных мужчин $25,3 \pm 0,2$ мм и длинношейных женщин $18,7 \pm 0,1$ мм. Данный параметр колеблется от $18,7 \pm 0,1$ до $24,9 \pm 0,3$ мм. Выявлена сильная корреляционная взаимосвязь ширины пластины ПХ у мужчин 1, 2-й групп с ОШ ($-0,89$), 3-й группы – с ОГК ($0,7$).

Максимальные средние значения высоты дуги ПХ по средней линии принадлежат длинношейным мужчинам $10,0 \pm 0,2$ мм и короткошейным женщинам $9,4 \pm 0,1$ мм. Минимальные средние значения параметра – у короткошейных мужчин $8,7 \pm 0,2$ мм и длинношейных женщин $7,5 \pm 0,3$ мм. Высота дуги ПХ по средней линии колеблется от $7,5 \pm 0,3$ мм до $10,0 \pm 0,2$ мм. Выявлена умеренная корреляционная взаимосвязь параметра у женщин 1-й группы – с ОГК ($-0,65$) и 2-й группы с ДШ ($-0,65$).

При изучении передне-заднего размера на среднем уровне максимальные средние значения составили: у мужчин в группе длинношейных $41,8 \pm 0,6$ мм, у женщин – короткошейных $35,7 \pm 0,5$ мм. Минимальные средние значения – у короткошейных мужчин $36,3 \pm 0,6$ мм и длинношейных женщин $30,6 \pm 0,4$ мм. Данный параметр колеблется $30,6 \pm 0,4$ мм до $41,8 \pm 0,6$ мм. Выявлена его сильная корреляционная взаимосвязь у мужчин 1-й группы – с ДШ ($0,59$) и среднешейных женщин – с АД ($0,85$), ОГК ($0,68$), ОШ ($0,69$).

Обсуждение. Проведённое нами исследование показало, что у обоих полов – ширина пластины ПХ на среднем уровне увеличивается от 1-й к 2-й, затем уменьшается к 3-й группам ($p < 0,001$). У мужчин остальные высотные и широтные параметры увеличиваются от короткошейных к длинношейным ($p < 0,05$). Билате-

ральные различия незначительные (0,1-1,4 мм), носят флюктуирующий характер. Во всех мужских группах высота пластины ПХ латерально превышает высоту ПХ по средней линии на 2,1–2,8 мм ($p < 0,05$).

Во всех женских группах в отличие от мужских высотные размеры ПХ уменьшаются от 1 группы к 3-ей ($p < 0,05$), высота пластины ПХ по средней линии превышает высоту ПХ латерально: максимално – в группе среднешейных (3,3 мм), минимално в группе длиношейных (1,7 мм) группе. Билатеральные различия высоты пластины ПХ латерально у женщин – слабо выражены во всех группах, левосторонние значения преобладают. Широтные размеры пластины ПХ уменьшаются во всех женских группах незначительно ($p < 0,001$) от верхнего к среднему уровню (0,4-1,1 мм) и далее к нижнему уровню (2,8–3,8 мм). У мужчин же отмечается уменьшение ширины пластины ($p < 0,001$) только от среднего к нижнему уровню (2,5–3 мм).

Ю.В. Малеев, А.В. Черных (2009) в комплексном обследовании больного перед проведением оперативных вмешательств в передней области шеи рекомендуют проводить ряд антропометрических измерений на уровне подъязычной кости для моделирования возможной топографии отдельных анатомических образований пациента в зоне операции [3]. *Наше исследование показало возможность дооперационного прогнозирования параметров ПХ и*

других структур гортани по шейному индексу пациента.

Заключение. Размерные характеристики перстневидного хряща у взрослых индивидуально изменчивы и зависимы от варианта шеи и антропометрических данных, выражен половой диморфизм. По шейному индексу пациента с вероятностью 95 % возможно дооперационное определение диапазона изменчивости параметров ПХ с целью индивидуализации анатомопографического доступа к структурам гортани.

Список литературы

1. Зелигман С.Б. Материалы к возрастной анатомии гортани человека: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1957. – 33 с.
2. Коваленко А.А. Анатомо-конституциональные особенности строения шеи у больных с патологией щитовидной железы / А.А. Коваленко, И.А. Бородулин // Актуальные проблемы морфологии: сборник научных трудов / под ред. Н.С. Горбунова. – Красноярск: Издательство КрасГМА, 2005. – С. 116-118.
3. Малеев Ю.В. Индивидуальная анатомическая изменчивость передней области шеи. Новые подходы и решения / Ю.В. Малеев, А.В. Черных // Вестник экспериментальной и клинической хирургии: научно-практический журнал. – 2009. – Т. 2, № 4. – С. 316–329.
4. Николенко В.Н. Конституциональная ларингостеро-топометрия в хирургическом лечении срединных стенозов гортани / В.Н. Николенко, О.В. Мареев, С.В. Старостина. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2007. – 143 с.
5. Пат. № 48738 РФ, МКИ А 61 В 1/00 Стереотопометр / О.В. Мареев, С.В. Старостина (РФ; ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ» Росздрава). – № 2005119006; Заявл. 20.06.05; Опубл. 10.11.05; Бюл. № 31, С. 1-2.
6. Lipton R.J., McCaffrey T.V., Cahill D.R. Sectional anatomy of the larynx: implications for the transcuteaneous approach to endolaryngeal structures // Ann. Otol. (St. Louis). – 1989. – Vol. 98. – P. 141–144.

Педагогические науки

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Вараксин В.Н.

Таганрогский государственный педагогический институт имени А.П. Чехова, Таганрог,
e-mail: vnvaraksin@yandex.ru

Подготовку к профессиональной деятельности, будущего педагога-психолога, нужно акцентировать на формах и методах деятельности, которые являются специфичными для психолого-педагогических способов взаимодействия, вызывающих сложные межличностные проблемы. Однако такая формулировка задачи не предполагает охват всей совокупности профессиональных психолого-педагогических функций и должностных обязанностей, необходимо приобретение профессиональной компетентности. В качестве дополнительного приоритета можно предусмотреть формирование нового типа аналитического и вместе с тем проектно-конструктивного мышления, помогающего моделировать психолого-педагогические ситуации, имеющие в основании учебную деятельность студентов.

Практически во всех предлагаемых сегодня учебных программах подготовки к профессиональной деятельности, будущих педагогов-психологов, оговаривается, что они разрабатываются с учётом преемственности с базовыми программами учебных дисциплин (например, учебная дисциплина «Психология больших и малых групп» должна сохранять преемственность с программой «Методика проведения социально-психологического тренинга»). Несомненно, что в данном направлении необходимо проводить дальнейшее моделирование, а именно – детализировать связи, переходы, уточнения содержания, поскольку в ситуации преемственности, подготовка к профессиональной деятельности её специфика становится приоритетной задачей.

Сенько Ю.В., обосновывая сущность понятия «преемственность» в воспитательном процессе, говорил следующее: – «... преемственность в воспитании заключается в том, что на каждом этапе развития закрепляются и расширяются положительные качества личности, воспитанные на предыдущем этапе. Одновременно обеспечивается выполнение воспитательных задач нового этапа и готовится база для следующего» [3].