

К ВОПРОСУ О ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ РОСТА КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Г. Г. Измалкова, З. В. Туркина, В. М. Ериков

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Изучались антропометрические показатели длины конечностей и их частей в зависимости от роста у студентов медицинского и педагогического университетов в возрасте от 17 до 22 лет. Обследовано 400 человек обоего пола. Помимо средних показателей в каждой возрастной группе выявлены определенные равноценные закономерности соотношений. Получены постоянные величины независимо

от возраста, длины тела и пола в соотношениях: рост/рука (2,3); рост/нога(1,9); рост/кисть (9,2); рост/стопа (6,8); рука/кисть (4,0); нога/стопа (3,5); стопа/кисть(1,35).

Полученные результаты говорят в целом о пропорциональности роста и являются одной из многочисленных характеристик физического развития в данном возрастном диапазоне.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ У ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ СОМАТОТИПОМ

Т. В. Казакова

Красноярская государственная медицинская академия

Для адекватной оценки уровня здоровья и адаптивных возможностей индивидуума необходимо использование критериев, характеризующих состояние иммунокомпетентных клеток. Высокой информативностью обладают цитохимические показатели ферментативной активности лейкоцитов крови, поскольку функционируют в тесной взаимосвязи от факторов среды, изменяющей их активность.

Кислая фосфатаза (КФ) – гидролитический фермент, локализованный в лизосомах. На уровень активности фермента оказывает влияние проницаемость лизосомальных мембран, устойчивость которых определяется преимущественно генетическими факторами. Имеются данные, свидетельствующие о сопряженности соматометрических и метаболических показателей (Е. И. Прахин, Л. Б. Захарова, 1996). Однако активность ферментов лейкоцитов у лиц с разным компонентным составом тела изучена недостаточно.

Обследованы 103 практически здоровых женщины 16-20 лет, студенты Красноярской медицинской академии. Соматотип определялся по методике В. П. Чепцова (1979) с использованием классификации И. Б. Галанта (1927).

Кислая фосфатаза выявлялась по методу А. F. Goldberg, T. Barka (1962), с использованием нафтола – As-E-фосфага. Обследование проводилось в спокойном состоянии (в межсессионный период) и в состоянии эмоционального стресса (во время экзаменов).

Анализ полученных данных показал отсутствие достоверных конституциональных различий в спокойном состоянии в активности КФ лейкоцитов крови. У лиц эурипластического соматотипа активность КФГр была наименьшей (138,18±4,1)

Исследование метаболических параметров иммунокомпетентных клеток при стрессе (во время экзаменационной сессии) показало, изменение изучаемых параметров

происходит неодинаково в зависимости от соматотипа. Активность КФ лейкоцитов крови при стрессе у женщин с высоким жировым компонентом тела – эурипластический соматотип – не изменялась. У представительниц всех других соматотипов при стрессе наблюдалось повышение активности КФЛ, сопровождающееся угнетением активности КФГр. Наибольшее снижение ак-

тивности КФГр было отмечено у представительниц атлетического соматотипа ($129,76 \pm 3,44$).

Таким образом, реакция иммунокомпетентных клеток на стресс конституционально обусловлена. Лица с высоким жировым компонентом отличаются большей стабильностью и инертностью к стрессовым ситуациям.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖТЕЛОВОГО ПОПЛАВКОВООБРАЗНОГО СПОНДИЛОДЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ

А. В. Калайтанов, О. В. Парахин, А. Н. Журбенко

4-я горбольница, г. Ставрополь

По общепринятой методике спондилодезов для их выполнения требуется обширное выделение тел позвонков, выше и ниже лежащих от пораженного, для формирования паза по передним отделам тел для введения фиксации аутотрансплантата, для чего производится дистония аорты и ее ветвей, что удлиняет время проведения операции. По нашей методике поплавковообразного спондилодеза (самонарезного) аутотрансплантат формирует канал выше и ниже лежащих тел позвонков благодаря специально обработанным концам аутотрансплантата трехгранником с режущими поверхностями, что не требует выделения передних отделов позвонков выше и ниже лежащих от поврежденного тела, так как внутренняя поверхность тел позвонков всегда видна.

Бифуркация аорты в большинстве случаев соответствует средней, затем нижней и верхней трети тела LIV. Однако встречается расположение на уровне диска между LIV и LV позвонками, между LIII-LIV на уровне тела LIII. В таких случаях угол бифуркации был острым, а общие подвздошные артерии проходили по передне-латеральной поверхности тела LIV, как правило, на уровне тела LV делились на наружную и внутреннюю подвздошные артерии. В случаях бифуркации аорты в области нижней трети тела LIV

и ниже угол приближается к прямому, а деление общих подвздошных артерий на наружную и внутреннюю соответствует диску между LV и SI крестцовых позвонков, находясь латерально от него на 1-2 см.

Когда угол деления острый, а длина общих подвздошных артерий достаточно большая, как правило, удается сместить артериальные стволы более вправо, тем самым открывається доступ к передним поверхностям тел LIII -LIV-LV при помощи лигатур из термопластической резины.

В области передней поверхности тел сосуды всегда отделены были от тел позвонков незначительным слоем клетчатки. При низком положении бифуркации аорты под углом 90° клетчатка во всех случаях практически не выражена. В данном случае приходится отделять сосуды вместе с тонким слоем кортикальной пластинки тела позвонка при помощи ушного долота желобоватого с удлиненной ручкой.

Сокращается операционное время, сводятся к минимуму манипуляции на магистральных сосудах, становится более прочной фиксация позвоночного столба.

При данном методе не нарушается целостность передней поверхности выше и ниже лежащих от поврежденного тел позвонков.