

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная Фармакопея СССР: Вып. 2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье / МЗ СССР. – 11-е изд. – М.: Медицина, 1989. – 400 с.
2. Компанцева Е.В., Халата А.В., Овчаренко Л.П. и др. // Хим.-фармац. журн. – 2005. – Т. 39, № 8. – С. 45–47.
3. Овчаренко Л.П., Израилова Г.Г., Ушакова В.А. и др. // Современные проблемы фармакологии и фармации: матер. Всерос. научно-практич. конференции. – Новосибирск, 2005. – С. 326–328.

4. Овчаренко Л.П. Исследования соединений включения лекарственных веществ производных изоникотиновой кислоты с β -циклодекстринами: автореф. дис. ... канд. фармац. наук. – Пятигорск, 1991. – 22 с.
5. Саджая Л.П. Биохимическое обоснование путей снижения гепатотоксичности изониазида на основе сочетания с полисахаридами: автореф. дис. ... канд. фармац. наук. – Пятигорск, 1999. – 22 с.
6. Скулкова Р.С. // Фармация. – 1998. – Т. 47, № 6. – С. 7–9.
7. Соколова Г.Б. Эффективные и щадящие режимы химиотерапии больных туберкулезом легких: пособие для врачей-фтизиатров. – М., 1998. – 17 с.

УДК 612.17–071.–053.2

СОМАТОТИПЫ И ВАРИАНТ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА ВТОРОГО ДЕТСТВА – ЖИТЕЛЕЙ ЮГА РОССИИ

В.В. Соколов, Е.В. Чаплыгина, Н.Г. Соколова

Ростовский государственный медицинский университет

SOMATOTYPES AND VARIANTS OF DEVELOPMENT OF CHILDREN IN THE SECOND CHILDHOOD PERIOD AMONG CITIZENS OF SOUTHERN RUSSIA

V.V. Sokolov, E.V. Tchaplygina, N.G. Sokolova

Abstract. Distribution according to different somatotypes was studied in children aged 8–11 (girls) and 8–12 (boys). These somatotypes are based on the body weight, body height, development of muscle and adipose tissue.

Key words: somatotypes, children, southern Russia.

Детская конституциология является одной из наиболее важных и интенсивно разрабатываемых проблем современной медицинской морфологии [6].

В постнатальном онтогенезе физическое и психофизиологическое развитие детей, относящихся к различным конституциональным типам, происходит неодинаково [3], т. к. имеется индивидуально-типологическая специфика ростовых процессов, которая связана с общим соматическим развитием и конституцией. На этот процесс оказывают влияние самые разнообразные факторы, в первую очередь, географические координаты популяции [7]. Оценка диапазона вариаций соматического и биологического созревания детей одного хронологического возраста позволяет глубже понять закономерности онтогенеза и выделить региональные и этнические особенности в их развитии [4]. В связи с этим разработка нормологии детей и подростков становится одной из основных задач медицины [2] и может способствовать выяснению общих закономерностей взаимодействия организма с окружающей средой и эффективности реализации генотипа в фенотипе.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Соматодиагностика здоровых детей периода второго детства – жителей Юга России.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленными задачами нами были проведены соматометрия и соматотипирование 1100 детей периода второго детства (девочки 8–11 лет, мальчики 8–12 лет), посещающих школы г. Ростова-на-Дону. Исследование проводили по методике [1], которая имеет существенные преимущества перед субъективными схемами конституциональной диагностики и наиболее удобна для использования в практической медицине при оценке морфологических особенностей детей. При этом были использованы методические рекомендации, разработанные на кафедре нормальной анатомии Ростовского государственного медицинского университета [5] для оценки соматических типов детей и подростков (жителей Юга России).

Определение соматотипа по габаритному уровню варьирования признаков (ГУВ) проводили с учетом длины и массы тела обследуемых, выделяя при этом три основных соматических типа: макросомный (МаС), мезосомный (МеС), микросомный (МиС) и два крайних варианта –

наносомный (НаС) и микросомный (МиС). В связи с тем, что в детском возрасте в период активного роста и формирования тела трудно выделить четкие соматические типы в связи со слабой их дифференцировкой и неравномерным ростом отдельных частей тела, мы выделили переходные соматические типы – микромезосомный (МиМеС) и мезомакросомный (МеМаС).

При изучении компонентного уровня варьирования признаков по степени выраженности костной массы (КМ) тела были выделены три основных типа: микроостный (МиО), мезоостный (МеО) и макроостный (МаО), два крайних варианта – наноостный (НаО), мегалоостный (МеО) и два переходных типа – микромезоостный (МиМеО) и мезомакроостный (МеМаО); по степени выраженности мышечного компонента (МК) тела соответственно – микромышечный (МиМ), мезомышечный (МеМ), макромышечный (МаМ), наномышечный (НаМ), мегаломышечный (МеГМ) типы, а также микромезомышечный (МиМеМ) и мезомакромышечный (МеМаМ) типы; по степени выраженности жирового компонента (ЖК) тела – микрокорпулентный (МиК), мезокорпулентный (МеК) и макрокорпулентный (МаК), нанокорпулентный (НаК), мегалокорпулентный (МеГК) типы, а также микромезокорпулентный (МиМеК) и мезомакрокорпулентный (МеМаК) типы.

Ростовые процессы оценивали по интенсивности роста (ИР), которая вычисляется по формуле: $ИР = \frac{D_2 - D_1}{D_1 + D_2} \times 100$ и показывает на какую величину (в %) от средней величины изменилась изучаемая величина за интересующий отрезок времени, в нашем случае за год.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Расшифровка полученного в ходе исследования цифрового материала показала, что при распределении здоровых детей по линии габаритного (нано-мегалосомного) варьирования признаков выделены основные соматические типы: микросомный (МиС), мезосомный (МеС), макросомный (МаС), мегалосомный (МеГС), и переходные – микромезосомный (МиМеС) и мезомакросомный (МеМаС), которые распределились следующим образом: МиС – 7,65 %, МиМеС – 30,62 %, МеС – 30,81 %, МеМаС – 8,55 %, МаС – 19,68 %, МеГС – 0,19 %. Представители наносомного типа телосложения в нашей выборке не обнаружены.

Мы не получили достоверных различий в выборке по габаритному уровню варьирования признаков между мальчиками (М) и девочками (Д) (рис. 1).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у мальчиков в возрасте 9–10 лет происходит активное нарастание массы тела с одновременным снижением интенсивности роста длины тела. У девочек в этом возрасте отмечаются наиболее низкие росто-весовые показатели.

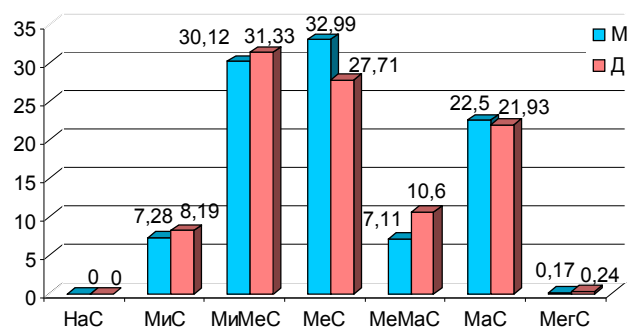


Рис. 1. Распределение соматических типов по ГУВ среди здоровых обследованных мальчиков и девочек периода второго детства, %

Для того, чтобы проследить особенности ростовых процессов у обследованного контингента, нами были проанализированы показатели интенсивности роста величин, определяющих габаритный уровень варьирования признаков (табл. 1).

В последующие возрастные периоды у мальчиков наблюдается постепенное снижение темпов роста длины тела с выраженным увеличением массы тела в возрасте 10–11 лет.

Полученные нами данные указывают на наличие гетерохронности в развитии детского организма, когда прибавка массы тела у здоровых детей преобладает над ростовыми процессами длиннотных размеров.

Нами также были проанализированы показатели интенсивности роста массы и длины тела у обследованных здоровых детей с учетом соматического типа. Полученные данные свидетельствуют о том, что в группе здоровых мальчиков представители МиС соматотипа в возрасте 8–9 лет и 11–12 лет имеют высокие темпы увеличения росто-весовых показателей, у представителей МиМеС соматотипа нарастание длины тела происходит постепенно, а наибольшая прибавка массы тела отмечается в возрасте 8–9 и 11–12 лет.

Таблица 1

Интенсивность роста длины и массы тела у детей периода второго детства, %

Возраст, лет	ИР–МТ	ИР–ДТ
Мальчики:		
8–9	10,07	3,52
9–10	12,40	2,98
10–11	11,15	5,53
11–12	10,14	3,10
Девочки:		
8–9	14,13	5,02
9–10	7,13	3,54
10–11	19,94	6,04

(17)

У мальчиков МеС соматотипа в 9–10 лет отмечаются высокие темпы нарастания массы тела, которые в дальнейшем постепенно уменьшаются, а активизация ростовых процессов длиннотных размеров отмечается в 10–11 лет. Для представителей МеМаС соматотипа характерно резкое замедление интенсивности роста длины тела с одновременной активизацией нарастания массы тела в возрасте 9–10 лет. Мальчики, относящиеся к МаС соматотипу, характеризуются периодами увеличения интенсивности роста массы тела в 9–10 и 11–12 лет и периодом синхронного увеличения росто-весовых показателей в 10–11 лет.

По интенсивности и продолжительности ростовых процессов нами были выделены дети четырех вариантов развития: сильно растянутого созревания – 2,45 %; растянутого (ВР "С") – 74,48 %; банального (ВР "В") – 20,8 % и укороченного (ВР "А") – 2,27 %.

На основании проведенных исследований установлено, что большинство здоровых детей обоего пола относятся к микромезокорпулентному (32,83 и 30,6 %) и мезокорпулентному (29,44 и 32,53 %) типам (рис. 2). Значительную группу составляют представители с высокими (18,44 и 18,55 %) показателями выраженности ЖМ.

Полученные данные при изучении жировой массы тела у обследованных здоровых детей с учетом СТ свидетельствуют, что к 11 годам наблюдается уменьшение количества детей, относящихся к переходным соматотипам и увеличение представителей с низкими и средними показателями жирового компонента сомы. Вместе с тем в группе обследованных мальчиков 12 лет отмечаются уменьшение количества детей с низким и высоким содержанием сомы и увеличение числа представителей МиМеК типа. Появляются представители крайнего МегК типа.

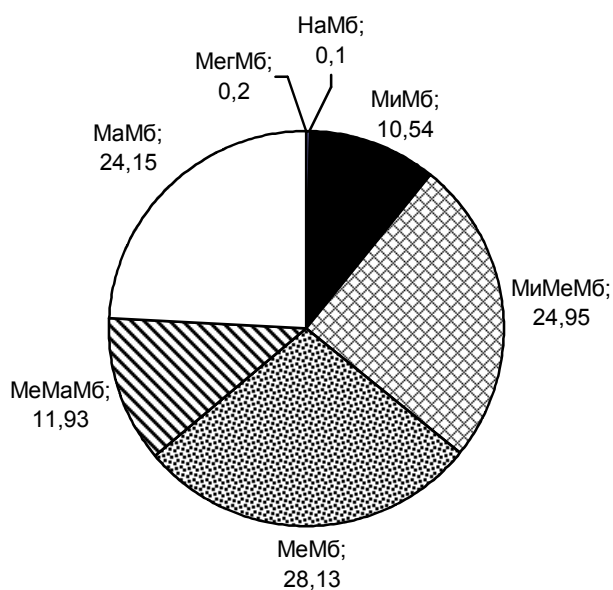


Рис. 2. Распределение здоровых детей периода второго детства по ПУВ, %

При изучении степени выраженности мышечной массы установлено, что дети обоего пола в основном распределились на 3 группы: микромезомышечный (29,95 и 28,92 %), мезомышечный (30,96 и 29,88 %) и макромышечный (18,61 и 20,24 %) типы. Полученный цифровой материал свидетельствует о том, что к 12 годам в группе обследованных здоровых мальчиков увеличивается количество представителей МиМ и МаМ типов, одновременно число мальчиков со средней выраженностью мышечного компонента сомы уменьшается. Можно отметить возрастную тенденцию к уменьшению количества детей с промежуточными соматотипами.

Анализ степени выраженности костного компонента сомы у детей обоего пола выявил достаточно равномерное распределение детей между тремя типами: МиМеО (25,55 и 20,96 %), МеО (22,17 и 29,64 %) и МаО (26,4 и 22,89 %). Одновременно можно отметить значительное число представителей обоего пола, относящихся к микро- и мезомакроостному типам – 12,01 и 13,25 %; 13,87 и 13,25 % соответственно.

Результаты исследования интенсивности ростовых процессов анатомических компонентов (ММ, КМ, ЖМ) сомы у обследованного здорового контингента представлены в табл. 2, 3.

Полученные данные свидетельствуют о повышении интенсивности роста мышечного компонента сомы у мальчиков в возрасте 9–10 и 11–12 лет, костного компонента – в 10–11 лет, жирового – в 9 и 11–12 лет.

В группе девочек активизация остеогенеза и липогенеза отмечается в 11–12 лет, увеличение интенсивности роста мышечной массы – в 8–9 и 10–11 лет.

Таблица 2

Интенсивность роста анатомических компонентов сомы у мальчиков периода второго детства, %

Возраст, лет	ММ	КМ	ЖМ
8–9	2,80	2,68	7,75
9–10	5,84	2,89	5,02
10–11	3,69	4,74	–3,26
11–12	4,12	3,61	4,77

Таблица 3

Интенсивность роста анатомических компонентов сомы у девочек периода второго детства, %

Возраст, лет	ММ	КМ	ЖМ
8–9	5,17	2,64	3,77
9–10	2,54	2,58	5,09
10–11	8,09	5,94	7,84

Мы не получили достоверных различий в выборке по пропорциональному уровню варьирования признаков между мальчиками и девочками, поэтому полученные результаты представлены для всей группы обследованного контингента без дифференциации по половому признаку (рис. 2). Вместе с тем, можно отметить преобладание детей мезомембранального (28,13 %), микромезомембранального (24,95 %) и макромембранального (24,15 %) типов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного соматотипирования положены нами в основу созданной морфологической базы соматодиагностики в изучаемом регионе и могут быть использованы врачами-педиатрами при скрининговых обследованиях детей периода второго детства, а также при разработке методик физического воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорохов Р.Н., Петрухин В.Г. // Медико-педагогические аспекты подготовки юных спортсменов. – Смоленск, 1989. – С. 4–14.
2. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. и др. // Biomedical and Biosocial Anthropology: V Міжнарод. конгрес з інтегративної антропології. – Вінниця. – 2004. – № 2. – С. 30–31.
3. Корнев М.А., Комиссарова Е.Н. // Морфология. – 2003. – № 1. – С. 72–75.
4. Панасюк Т.В., Изаак С.И., Тамбовцева Р.В. // Матер. IV Международ. конгресса по интегративной антропологии. – СПб. – 2002. – С. 272–274.
5. Соколов В.В., Чаплыгина Е.В. Соматометрия и соматотипирование детей и подростков. – Ростов-н/Д.: Изд. РостГМУ, 2000. – 20 с.
6. Соян Г.В. // Актуальные вопросы интегративной антропологии: матер. Всерос. научно-практич. конференции. – Красноярск: изд-во Красноярск, 2002. – Т. 2. – С. 171–173.
7. Щедрин А.С. // Морфология. – № 4. – 2001. – С. 56–59.

УДК 616.28–008.14

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Е.Г. Шахова

Кафедра оториноларингологии ВолГМУ

SOCIAL ASPECTS OF SENSONEURAL DEAFNESS

E.G. Shakhova

Abstract. Sensoneural deafness is a socially significant disease. Special questionnaires are recommended for evaluation of psycho-emotional condition of the patients and to provide proper treatment to the patients.

Key words: sensoneural deafness, quality of life

Сенсоневральная тугоухость (СНТ), по данным экспертов ВОЗ (1994), относится к числу социально значимых заболеваний, поражающих все возрастные группы населения. Проблемы со слухом присутствуют у 4–6 % населения земного шара [1], и к 2020 г. прогнозируется увеличение численности населения с социально значимым снижением слуха более чем на 30 %. В России насчитывается более 13 млн лиц с социально значимыми нарушениями слуха, в том числе более 1 млн детей и подростков [6]. Заболеваемость повсеместно нарастает, СНТ омолаживается и поражает в основном трудоспособных людей, с увеличением возраста частота встречаемости тугоухости и глухоты возрастает экспоненциально, особенно после 40 лет [18]. СНТ неблагоприятно влияет на качество жизни пациентов, влечет за собой инвалидизацию и нарушение социальной адаптации больных [2, 13, 18].

В современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния больного определяют показатели качества жизни. Качество жизни – интегральная характери-

стика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [2, 24].

Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), – это интегральный показатель, содержащий три компонента: 1) функциональное состояние, включающее в себя такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальная деятельность, уверенность в принятии решений, эмоциональные проявления и т. д.; 2) симптомы, связанные с основным и сопутствующим заболеванием или его лечением; 3) восприятие и психическое состояние, включающие в себя депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием как самого заболевания, так и применяемых лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворенность медицинской помощью, контактом с врачом и т. д. [9, 10, 24].