

мой группе. Среди здоровых девушек достоверных повышений концентрации холестерина в крови не отмечалось. Также обращает на себя внимание повышение уровня липопротеидов высокой плотности $2,86 \pm 0,35$ ммоль/л крови в исследуемой группе. При назначении стероидных препаратов при заместительной гормональной терапии изменений в липидном обмене у больных не наблюдалось. Интересно заметить, но клинических признаков церебро- и атеросклероза у больных синдромом Шерешевского-Тернера не было выявлено.

СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИЕ РАЗМЕРЫ МОЗЖЕЧКА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАММАХ

Соловьёв С.В., Азима В.Ю.

*Рязанский государственный медицинский
университет им.акад. И.П.Павлова,
Рязань*

Анализировались томограммы 184 мужчин и 93 женщин в возрасте от 20 до 60 лет без видимых патологий. На основании наших предыдущих исследований (Соловьёв С.В., 2005) препаратов мозжечка предлагается измерять следующие размеры: а) на горизонтальных томограммах проходящих на уровне наибольшего поперечного размера мозжечка – поперечный размер (расстояние между наиболее удаленными кнаружи точками верхних полулунных долей мозжечка); продольный размер (от наиболее выступающих точек кзади нижних полулунных долей до наиболее выступающих точек кпереди квадратных долей левого и правого полушарий мозжечка); б) на фронтальных томограммах проходящих по середине средней черепной ямки – вертикальный размер (от наиболее выступающих точек миндаины до противоположных точек квадратных долей левого и правого полушарий мозжечка. Нами (Соловьёв С.В., 2000) показана необходимость учета размеров черепа, поэтому рассчитывались индексы поперечного размера, продольного и вертикального размера (отношение размеров мозжечка к размерам черепа).

Среднестатистические размеры поперечного размера мозжечка (в мм.) долихоцефалов (Д) – мужчин (м) – $105,7 \pm 1,4$, женщин (ж) – $105,7 \pm 1,43$; мезоцефалов (М) – м – $107,9 \pm 0,7$, ж – $105,0 \pm 0,43$; брахицефалов (Б) – м – $109,3 \pm 0,7$, ж – $107,1 \pm 0,7$; гипербрахицефалов (ГБ) – м – $111,4 \pm 0,7$, ж – $108,6 \pm 0,9$; индекс Д – м – $68,0 \pm 0,9$, ж – $73,5 \pm 0,9$; М – м – $67,8 \pm 0,7$, ж – $68,9 \pm 0,8$; Б – м – $66,7 \pm 1,1$, ж – $68,4 \pm 0,5$; ГБ – м – $64,8 \pm 0,9$, ж – $69,0 \pm 0,4$.

Продольный размер: правое полушарие Д – м – $63,6 \pm 3,5$, ж – $60,0 \pm 3,57$; М – м – $59,3 \pm 1,42$, ж – $61,4 \pm 0,71$; Б – м – $57,1 \pm 2,14$, ж – $58,6 \pm 1,4$; ГБ – м – $60,7 \pm 2,85$, ж – $58,6 \pm 0,1$, индексы -Д- м – $31,5 \pm 3,5$, ж – $30,8 \pm 1,7$; М – м – $28,2 \pm 0,6$, ж – $30,6 \pm 0,4$; Б – м – $30,7 \pm 1,0$, ж – $30,5 \pm 1,0$; ГБ – м – $30,5 \pm 1,5$, ж – $31,7 \pm 1,0$. Левое полушарие Д – м – $65,5 \pm 1,4$, ж – $57,6 \pm 6,43$; М – м – $60,7 \pm 2,85$, ж – $60,0 \pm 1,43$; Б – м – $60,7,1 \pm 2,84$, ж – $57,1 \pm 2,14$; ГБ – м – $60,0 \pm 3,57$, ж – $53,6 \pm 2,86$; индексы – Д – м – $30,0 \pm 5,7$, ж – $30,0 \pm 3,0$; М

– м – $29,1 \pm 1,0$, ж – $30,1 \pm 0,7$, Б – м – $30,7 \pm 1,0$, ж – $29,6 \pm 1,0$; ГБ – м – $30,5 \pm 2,0$, ж – $29,2 \pm 1,5$.

Вертикальный размер платицефалы (П) правое полушарие – м – $42,9 \pm 1,42$, ж – $37,1 \pm 1,86$, ортоцефалов (О) – м – $41,4 \pm 1,42$, ж – $40,7 \pm 1,64$; гипсицефалов (Г) – м – $37,1 \pm 2,14$, ж – $39,3 \pm 1,64$, индексы – П – м – $30,7 \pm 1,1$, ж – $30,7 \pm 1,1$; О – м – $28,4 \pm 1,1$, ж – $29,7 \pm 1,3$; Г – м – $25,7 \pm 2,14$, ж – $28,8 \pm 1,4$. Левое полушарие – П – м – $42,1 \pm 1,42$, ж – $35,0 \pm 1,86$; О – м – $39,3 \pm 1,42$, ж – $37,9 \pm 1,1$; Г – м – $37,1 \pm 1,2$, ж – $36,6 \pm 1,0$; индексы П – м – $30,8 \pm 1,0$, ж – $30,8 \pm 1,0$; О – м – $27,8 \pm 1,3$, ж – $28,4 \pm 1,5$; Г – м – $28,8 \pm 1,6$, ж – $28,6 \pm 1,5$.

Таким образом, абсолютные размеры мозжечка мужчин, по данным компьютерных томограмм, больше мозжечка женщин. Анализ индексов мозжечка мужчин и женщин позволяет объяснить это явление за счет различия среднестатистических размеров черепа мужчин и женщин. Это подтверждает данные наших исследований проведенных на препаратах мозжечка мужчин и женщин (Соловьёв С.В., 2005)

ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРКАПНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Сосновский Д.Г.

*Городская Клиническая больница,
Майкоп*

Сегодня количество больных сахарным диабетом составляет около 4% населения Земли. Каждый второй больной сахарным диабетом (СД) рано или поздно нуждается в хирургической помощи.

Увеличение продолжительности жизни больных СД привело к росту его поздних осложнений - ангиопатии, полинейропатии, нефропатии, ретинопатии, гнойно-септические осложнения и др. Среди больных СД от 25 до 75 лет поражение конечностей встречается от 20 до 80% случаев в качестве СДС. По нашим данным этот процент в возрастной группе от 50 до 70 лет достигает 90% с явным преобладанием женщин. Некоторые инфекционные процессы при сахарном диабете наблюдаются чаще, чем в аналогичной возрастной группе больных не страдающих СД. К таким инфекционным процессам, в частности, относятся гнойно-некротические заболевания стопы у больных сахарным диабетом.

В отделении гнойной хирургии МГМКБ в год проходит 1200-1400 больных, 20-25% из них – больные страдающие сахарным диабетом пять и более лет. Из них 85-100 больных с различными формами гнойно-септических осложнений синдрома диабетической стопы. В последние годы появились работы о положительных физиологических эффектах углекислого газа, применяемого наружно в виде сухих углекислых ванн. Известно, что использование углекислого газа не только улучшает периферическое кровообращение, но и улучшает общее состояние пациентов.

Нами было предложено в стандартную методику лечения больных сахарным диабетом, с уже развившимися гнойными осложнениями СДС, ввести компонент гиперкапнической гипоксистерпии (ГГТ).