нальные стандарты, которые позволили бы проводить на практике оценку морфологического статуса детей Юга России на основании изучения анатомических компонентов.

Цель и задачи исследования: изучить конституциональные особенности и компонентный состав тела мальчиков – жителей Юга России.

Материал и методы: с целью решения этой задачи были проведены соматометрия и соматотипирование 108 практически здоровых мальчиков 8-15 лет. Соматометрия детей проводилась по общепринятой методике В.В. Бунака (1941 г.). Из имеющихся в литературе схем конституциональной диагностики и соматотипирования мы использовали методику Р.Н. Дорохова, В.Г. Петрухина (1989 г.), которая разработана для оценки растущего организма и прошла апробацию в клинической и педагогической практике. Эта схема высокоинформативна, имеет существенные преимущества перед субъективными схемами конституциональной диагностики и наиболее удобна для использования в практической медицине при оценке морфологических особенностей детей.

Основные результаты: расшифровка полученного в ходе исследования материала показала, что среди здоровых мальчиков преобладают лица микросомного (25,5%) и микромезосомного (25,5%) соматотипов. При изучении компонентного состава тела получены данные о преобладании среди обследованных детей с низкой (37,8%) и ниже среднего (16,7%) жировой массой, с ниже среднего (37,8%) и низкой (37,8%) мышечной массой, с низкой (30%) и ниже среднего (28,9%) костной массой. Полученные нами данные соматометрии и соматотипирования обследованных мальчиков по пропорциональному уровню варьирования признаков, указывают на нормальное (Гаусовское) распределение здоровых детей.

Выводы: полученные результаты соматометрии и соматотипирования дополняют имеющиеся морфологические данные о конституциональных особенностях детей 8 -15 лет и послужат основанием для прогнозирования динамики возрастного развития детей, что необходимо для индивидуального подхода при проведении массовой диспансеризации детского населения и разработке методик физического воспитания. Ввиду информативности метода соматометрии при индивидуальной оценке типа конституции растущего организма, данный метод можно рекомендовать для создания морфологической базы соматодиагностики в изучаемом регионе.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ НАПРЯЖЕННОЙ ПНЕВМОЦЕФАЛИИ ПРИ ТРАВМЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Петров В.В.
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Редким осложнением кранио-фациальных травм (0,5-1%) является пневмоцефалия. Обычно проникновение воздуха с субдуральное пространство полости черепа не представляет существенной опасности, т.к. происходит постепенное рассасывание воздуха. Гораздо опаснее ситуация, связанная с развитием напряженной пневмоцефалии (0-0,1%), при которой в результете формирования “клапанного механизма” и постоянного поступления воздуха под оболочки мозга возникает его компрессия, требующая трепанации черепа с дренированием субдурального пространства. Частой причиной пневмоцефалии являются переломы задней стенки лобной пазухи.

На базе нейрохирургического стационара проводятся исследования по внедрению альтернативного малоинвазивного варианта профилактики напряженной пневмоцефалии – трепанопункция лобной пазухи с “открытым методом ведения”. Показанием к данной манипуляции мы считаем рентгенологические признаки увеличения пневмоцефалии, что угрожает развитием компрессии головного мозга.

После трепанопункции лобной пазухи (по стандартной методике), выполненной оториноларингологом, в пазуху устанавливают лобную канулю (без мандрена!), которую закрепляют в типичном месте бактерицидным пластырем. В результате мани-пуляции добивались основной цели – ликвидации «клапанного механизма» нагнетания воздуха из пазухи в полость черепа за счет выравнивания давления в пазухе и окружающей среде. Одновременно создавались благоприятные условия для оттока раневого отделяемого из пазухи.

Метод не лишен недостатков: применяется только при травме задней стенки лобной пазухи, ограниченно применим при ликворее - необходимо дождаться ее прекращения, не исключена возможность инфицирования пазухи.

В то же время необходимо отметить, что риск попадания инфекции через пазуху в полость черепа во-первых, уже существует по самому факту травмы, во-вторых трепанация черепа и длительное дренирование субдурального пространства не исключают возникновение послеоперационных гнойно-воспалительных интракраниальных осложнений. Кроме того, методика позволяет избавить пациента от серьезной операции – трепанации черепа со вскрытием субдурального пространства.

Предварительные результаты: из 14 пациентов с переломами задней стенки лобной пазухи и рентгенологическими признаками нарастания пневмоцефалии после трепанопункции пазухи – у 3 развилась напряженная пневмоцефалия; у 1 больного с открытой травмой развился вялотекущий фронтит (купирован антибиотикотерапией). Других осложнений не отмечено. В контрольной группе (n=12) – напряженная пневмоцефалии развилась у 8 пациентов, все оперированы – трепанация черепа; осложнения в 1 случае – гнойный менингит (исход – выздоровление).

В данной статье приведены предварительные результаты, и естественно мы пока не можем сделать окончательный вывод об эффективности данной методики. Тем не менее мы сочли возможным представить данную методику к ознакомлению и обсуждению.