

мальчиков ( $637,87 \pm 1,76$  см<sup>2</sup>/кг и  $664,32 \pm 3,34$  см<sup>2</sup>/кг, соответственно); между группами крупных девочек и мальчиков ( $654,22 \pm 11,55$  см<sup>2</sup>/кг и  $637,87 \pm 1,76$  см<sup>2</sup>/кг, соответственно); между группами мелких девочек и мальчиков ( $680,12 \pm 2,59$  см<sup>2</sup>/кг и  $664,32 \pm 3,34$  см<sup>2</sup>/кг, соответственно). Выявлена отрицательная значимая связь между длиной и ПТ, массой тела и ПТ (соответственно,  $r_1 = -0,63$ ,  $r_2 = -0,95$ ).

Теплоотдача является видовым признаком и зависит от температуры окружающей среды, площади и массы тела, уровня обмена веществ, который определяется трофической функцией нервной системы. [2] Следовательно, для поддержания одинаковой температуры тела интенсивность энергообмена у малых организмов должна быть выше, чем у крупных.

**Выводы:**

1. Выявлено, что длина, масса тела новорожденного и его индекс теплоотдачи находятся в обратно пропорциональной зависимости;

2. Установлено, что индекс теплоотдачи у девочек выше такого у мальчиков; наибольший показатель теплоотдачи - у мелких девочек, а наименьший - у крупных мальчиков.

#### Список литературы

1. Байбаков С.Е., Бахарева Н.С., Шейх-Заде Ю.Р., Чупрунова Н.С. Морфометрическое определение гендерных различий в телосложении человека. *Морфология*. 2014. Т. 145. № 2. С. 63-66.
2. Шейх-Заде Ю.Р., Байбаков С.Е., Бахарева Н.С., Чупрунова Н.С. Ключевые вопросы теории телосложения человека. *Вестник Московского университета. Серия XXIII. Антропология*. 2014. № 4. С. 31-41.
3. Шейх-Заде Ю.Р., Галенко-Ярошевский П.А. Математическая модель площади тела человека // *Бюл. экспер. биол. мед.*, 2000. Т. 129. № 3. С. 356-357.

#### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Казахунова А.В., Власов Г.В., Харитонов Б.С., Лагун М.А.

*ГОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева СГМУ, Саратов, Россия, koza-dereza55@yandex.ru*

Механическая желтуха у 90% больных является осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ). При обтурации желчевыводящих путей закономерно развивается холангит, осложняющийся печеночной недостаточностью и, в ряде случаев, сепсисом [2,3].

На фоне этих осложнений хирургическое вмешательство с открытым доступом является весьма опасным и приводит к высокой летальности, которая может достигать 13-83% [1,4].

В 2014-2015 гг. в клинику факультетской хирургии поступило 1367 больных с различными формами холецистита. Механическая желтуха отмечена у 356 больных (26,0%). Среди них было 89 мужчин и 267 женщин в возрасте от 28 до 93 лет. 67% больных были в возрасте старше 60 лет, 14% пациентов - старше 80 лет. Отмечена поздняя обращаемость пациентов. Позднее 24 часов с момента начала заболевания доставлено 68% больных.

Диагноз острого холецистита устанавливался на основании данных физикальных, лабораторных и инструментальных исследований.

При УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны обнаружена желчная гипертензия, проявляющаяся расширением гепатикохоледоха или внутрипеченочных желчных протоков у 266 обследованных (74,7%).

При эндоскопическом исследовании патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта была установлена у всех обследованных. Отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке отметили у 230 больных (64,6%).

При эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) установлены следующие причины механической желтухи: холедохолитиаз у 277 больных (77,8%), доброкачественный стеноз и стриктуры гепатикохоледоха и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСД) у 63 пациентов (17,7%), комбинированная патология у 19 пациентов (5,3%).

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена всем больным с холедохолитиазом. У 58% пациентов длина разреза была менее 1,0 см, то есть явилась органосохраняющей операцией на БСД. Литоэкстракция была успешно выполнена у 264 больных (95,3%). Выполнение литоэкстракции не удалось у 13 больных с камнями холедоха более 2-х сантиметров.

Осложнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, папиллосфинктеротомии и от манипуляций различными инструментами отмечены у 10 больных (3,6%). Кровотечения из области БСД наблюдались в первые сутки после вмешательства у 4-х пациентов, остановленные консервативно, острый панкреатит развился у 6 пациентов.

13 больных (4,6%), у которых ЭПСТ с литоэкстракцией не удалась, были оперированы в сроки от 2 до 8 суток со дня поступления. Этим пациентам выполнены лапароскопические холецистэктомии с холедохотомией, литоэкстракцией и наружным дренированием холедоха в различных модификациях. Осложнений и летальности не было.

**Выводы:**

1. Лечение больных холециститом, осложненным механической желтухой, должно начинаться с рентгеноэндоскопической диагностики и лечебных эндоскопических вмешательств. Открытые хирургические вмешательства показаны при невозможности выполнения эндохирургических операций.

2. Применение эндоскопических вмешательств позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений и летальности.

#### Список литературы

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.; 2006.
2. Григорьева И.Н., Никитин Ю.П. Распространенность желчнокаменной болезни в различных регионах. *Клин. мед.* 2007; 9: 27-30.
3. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. М.; 2006.
4. Archer S.B. et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of a National Survey. *Ann. Surg.* 2001; 234 (4):549-558.

#### АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ ПЛОДА НА ПРИМЕРЕ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кайгородцев М.А.

*Тюменский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Тюмень, Россия, student\_mikhail@mail.ru*

**Актуальность.** Хромосомные аномалии плода – это нарушения развития организма, вызванные измененной наследственной информацией. Эти нарушения возникают вследствие мутации наследственной информации, содержащейся в хромосомах. Установлено, что более 40% спонтанных аборт и около 7% мертворождений обусловлено хромосомными aberrациями. Патология, сопровождающая дисбаланс хромосомного материала, вызывает различные аномалии развития у носителей и может быть связана не только с множественными врожденными пороками развития, но и с умственной и физической отсталостью, нарушениями полового развития, бесплодием и не вынашиванием беременности. Популяционная частота