

5. Григорьев П.Я. Справочное руководство по гастроэнтерологии / П.Я. Григорьев, А.В. Яковенко. – М., 2003.

6. Кривошапкин В.Г. Очерки клиники внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. – Якутск, 2001.

7. Местникова С.Н. Клиническое течение язвенной болезни гастродуоденальной зоны среди коренного и пришлого населения Крайнего Севера / С.Н. Местникова [и др.] // Актуальные вопросы гастроэнтерологии в условиях Севера (межвузовский сборник). – Якутск, 1981. – С.36-37.

8. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей) / О.Н. Ми-

нушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина. – М., 1995. – 26 с.

9. Оганезова И.А. Особенности течения язвенной болезни у моряков и рыбаков Северного бассейна / И.А. Оганезова [и др.] // Клиническая медицина. – 2001. – № 11. – С. 42 – 44.

10. Сакс Л.А. Клиническое течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у призывников и солдат первого года службы. / Л.А. Сакс, В.Н. Михальцов, О.А. Кривошеев // Военно-медицинский журнал – 2000. – № 5. – С. 61.

11. Темникова Н.В. Клинико-иммунологические и морфологические особенности течения хронического гастрита и язвенной

болезни двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук / Н.В. Темникова. – Ростов-на-Дону, 2000. – 145 с.

12. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь / Я.С. Циммерман. – Пермь, 2000. – 255с.

13. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. – М., 2002.

14. Mignon M. Gastroenterology / M. Mignon. – Paris: Ellipses, 1992. – P. 704

15. Rotter J.I. Genetic aspects of ulcer diseases / J.I. Rotter, M.I. Grossman // Advances in ulcer diseases. – Amsterdam – Oxford. – 1999. – P. 7-26.

Н.А.Платонова, А.Д.Степанова

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ)

УДК 572.95-053.6-054(571.56)

На фоне общих популяционных биологических закономерностей морфофункционального развития организма детей 7-12 лет выявлены расово-этнические особенности, которые в совокупности формируют экотип детей-монголоидов и детей-европеоидов коренного населения Республики Саха (Якутия). Установлены особенности функциональной асимметрии полушарий головного мозга у детей 7-12 лет коренного населения: у всех детей преобладает левосторонний тип латерализации полушарий, но при этом у детей-монголоидов, по сравнению с детьми-европеоидами, чаще встречается правосторонняя латерализация и амбидекстрия.

The children of indigenous population of Republic of Sakha (Yakutia), irrespective of a racial accessory, are characterized by a complex of morphofunctional features of an organism which are formed on laws of ontogenetic and biology development, and also under influence of the ethnic factor and can be examined in quality differences of children mongoloidy and europeoidy in the age of 7-12 years.

Left-hand lateralisation of hemispheres was revealed among the most of children. But peculiarities of morphofunctional developments of children-mongoloidy in comparison with children-europeoidy concern the tendency mainly right-hand type lateralisation of hemispheres of a brain and ambidexters.

Морфофункциональные особенности организма в настоящее время рассматриваются в качестве одного из показателей индивидуального здоровья человека [5].

Целью данного исследования было выявление морфофункциональных особенностей организма детей 7-12 лет коренного населения Республики Саха (Якутия) в зависимости от расово-этнической принадлежности (монголоиды, европеоиды) и природно-климатических регионов проживания. К коренному населению относили проживающих в республике не менее чем в трех поколениях.

Материал и методы

Для решения поставленной цели и задач было проведено обследование морфофункционального состояния ор-

ганизма 992 детей 7-12 лет коренного населения Республики Саха(Якутия).

В программу комплексного исследования входило выявление антропометрических, функциональных, соматоскопических и конституциональных показателей, вычисление площади поверхности тела, индекса Рорера, индексов пропорциональности, компонентного состава тела. Количественные характеристики компонентов массы тела (мышечной, костной и жировой тканей) рассчитывались по формулам J. Matiegka (1921).

Определение функциональной асимметрии полушарий головного мозга проводилось по методике, основанной на совокупности моторных и сенсорных тестов (Брагина Н.Н., Доброхотова Г.А.,1988).

Данный комплекс методик позволил выявить проявления индивидуальной анатомической изменчивости на морфологическом, функциональном и конституциональном уровнях.

Результаты и обсуждение

Оценка морфофункциональной характеристики организма детей основывалась на использовании расширенной антропометрической методики с использованием 50 показателей в соответствии с требованиями к проведению методико-антропометрических обследований. Сравнительный анализ длиннотных размеров тела детей коренного населения выявил различия в каждой возрастной группе. Так, длина тела у мальчиков-европеоидов превосходила длину тела мальчиков-монголоидов в каждой возрастной группе. В среднем различия от 7 до 12 лет составили 3,6 см ($p < 0,05$). У девочек мы наблюдаем такие же закономерности. Годовой прирост девочек-монголоидов от 7 до 11 лет составил 5,25 см. А у девочек-европеоидов – 3,7 см. Мы наблюдаем активный рост длины тела у детей-монголоидов в период от 10 до 11 лет. Отмечается неодинаковая рос-

ПЛАТОНОВА Наталья Аркадьевна – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; СТЕПАНОВА Анастасия Дмитриевна – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

товая активность у детей коренного населения РС (Я) обеих расово-этнических групп.

Представляет интерес показатель длины тела сидя у детей коренного населения. Нами установлено, что длина тела сидя у детей-монголоидов превосходила этот показатель детей-европеоидов. А прирост длины тел сидя у детей-монголоидов в период 7-12 лет составил 4,9 см. У детей-европеоидов - 2,8 см. Длина ноги у детей-монголоидов во всех возрастных группах меньше, чем у детей-европеоидов. Подобные результаты выявлены у детей коренного населения Тюменской области [3].

Таким образом, можно предположить, что длина тела у детей-монголоидов увеличивается преимущественно за счет роста позвоночника и ног, а дети-европеоиды в основном растут за счет длины ног. Анализ темпов увеличения длиннотных размеров подтверждает установленные особенности полового созревания.

Анализ пропорциональности физического развития исследуемой группы детей показывает четкую особенность более выраженных широтных размеров грудной клетки мальчиков-монголоидов к 12 годам, что является, по-видимому, закономерным этническим показателем физического развития – своеобразным плоскогрудием. Это также отмечается в работах С.П.Пермяковой [1]. Более выраженный индекс нижних конечностей объясняется тем, что это связано с меньшей длиной тела мальчиков-монголоидов. Абсолютные размеры имеют более выраженные значения у мальчиков-европеоидов.

Мы выявили характерные проявления расово-этнического морфотипа в исследованиях параметров головы. Так, у детей-монголоидов статисти-

чески достоверно преобладали размеры окружности головы, скулового и нижнечелюстного диаметров.

Исследование типа латерализации головного мозга среди детей 7-12 лет коренного населения выявило различия между разными этническими группами. У детей-монголоидов правый тип латерализации и амбидекстрия встречаются чаще, чем у детей-европеоидов. Всего у детей-монголоидов правополушарный тип выявлялся в 16,9% случаев, амбидекстрия – в 33%, левополушарный тип – в 50%; у детей-европеоидов, соответственно – 12,4, 24,4 и 63,2%.

Наши данные совпадают с результатами исследований С.П.Пермяковой [1] у юношей Якутии 18-20 лет: амбидекстрия наблюдалась у 38% коренных юношей и у 17,3% некоренных. Поэтому их можно рассматривать в качестве этнической особенности детей монголоидной расы и признака индивидуальной анатомической изменчивости организма человека на морфофункциональном уровне (рисунок).

Наши исследования выявили существенные различия в скорости полового созревания у детей в зависимости от зоны проживания. На севере республики развитие вторичных половых признаков у девочек 10-12 лет обеих этнических групп происходит позже, чем на юге и в центре [4]. У мальчиков мы наблюдаем такие же закономерности. На юге республики половое созревание детей происходит раньше, чем в северной и центральной её части.

Анализ антропометрических исследований детей-монголоидов 7-12 лет выявил некоторые закономерности развития в зависимости от зоны проживания. Так, на севере республики дети характеризуются меньшими показателями длиннотных размеров,

массы тела, акромиального диаметра. Размеры поперечного диаметра грудной клетки, конечностей, наоборот, выше по сравнению с центром и югом. Индекс Рорера также показал более высокое значение. Хотя эти результаты не выявили статистической достоверности ($p > 0,05$) [3].

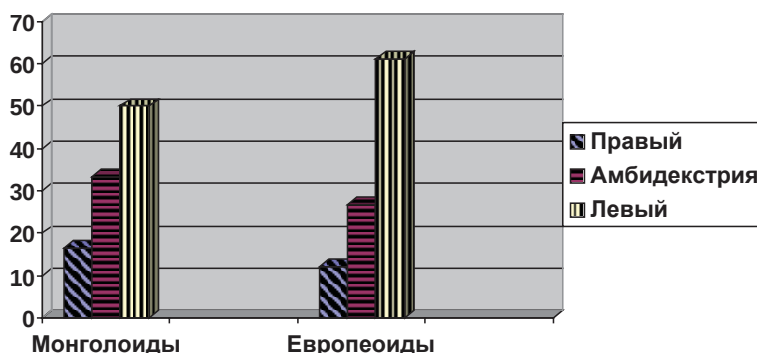
Таким образом, полученные данные не противоречат сложившимся представлениям о возрастно-половой динамике средних величин показателей морфофункционального развития детей разных расово-этнических групп. У детей-монголоидов генетически заложенные механизмы приспособления к среде обитания проявляются и в настоящее время в виде более позднего биологического созревания [2]. Также нами выявлены существенные различия в скорости биологического созревания и физического развития у детей 10-12 лет в зависимости от региона проживания, независимо от расово-этнической принадлежности, что может рассматриваться как закон природы – уменьшение габаритных размеров человека в северных зонах.

Результаты наших исследований показывают наличие индивидуальной анатомо-антропологической изменчивости организма детей 7-12 лет коренного населения РС(Я) на уровне морфофункциональных особенностей, темпов полового созревания.

Выводы

1. Выявлены расово-этнические и региональные особенности полового созревания детей коренного населения РС(Я): дети монголоидной расы (девочки и мальчики) характеризуются более поздними сроками развития вторичных половых признаков; половое созревание происходит в более сжатые сроки по сравнению с детьми-европеоидами.

2. Дети монголоидной расово-этнической принадлежности по сравнению с детьми-европеоидами характеризуются: меньшими длиннотными размерами, при этом длина тела сидя имеет тенденцию к превышению; преобладанием широтных размеров грудной клетки и таза; меньшими обхватными размерами и площадью тела; меньшей толщиной кожно-жировых складок; меньшими показателями массы тела и всех показателей компонентного состава тела (костный, мышечный, жировой); тенденцией к повышению индекса Рорера; большей частотой сердечных сокращений и меньшими величинами жизненной емкости легких.



Распределение типа латерализации полушарий у детей 10-12 лет коренного населения РС(Я) (%)

3. Расово-этническим признаком в морфофункциональной характеристике организма детей 7-12 лет коренного населения РС(Я) являются размеры головы и лицевого черепа: у детей-монголоидов они достоверно больше по сравнению с детьми-европеоидами.

4. У детей 7-12 лет коренного населения РС(Я) выявлены особенности функциональной асимметрии полушарий головного мозга: дети обеих расово-этнических групп характеризуются

преобладанием левостороннего типа латерализации полушарий, но при этом у детей-монголоидов чаще встречается правосторонний тип и амбидекстрия, чем у детей-европеоидов.

Литература

1. **Пермякова С.П.** Морфофункциональные особенности юношей 18-20 лет коренного населения РС(Я) / С.П. Пермякова: автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Новосибирск, 2002. — 16 с.
2. **Петрова П.Г.** Экология, адаптация и здоровье: особенности среды обитания и

структуры населения Республики Саха / П.Г. Петрова. — Якутск: НИГК "Сахаполиграфиздат", 1996. — 272 с.

3. **Прокопьев Н.Я.** // Актуальные теоретические и практические аспекты восстановления и сохранения здоровья человека. — Тюмень, 1998. — С. 18-21.

4. **Саввина Н.В.** // Особенности роста и развития современных школьников Республики Саха (Якутия) / Н.В. Саввина, М.В. Ханды. — Якутск, 2000. — С. 74-75.

5. **Щедрин А.С.** Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты / А.С. Щедрин. — Новосибирск: Наука, 2003. — 163 с.

УДК 616-053.2 : 616.61

Я.А. Мунхалова

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Актуальность проблемы инфекций мочевой системы у детей в практике врача-педиатра определяется большим удельным весом инфекций мочевой системы в структуре болезней почек, склонностью инфекций мочевой системы к хронизации и прогрессированию, с развитием хронической почечной недостаточности. Было обследовано 711 детей с инфекциями мочевой системы. Были выявлены особенности этиологии, течения инфекций мочевой системы у детей. Даны сравнительные данные различной антибактериальной терапии и противорецидивной терапии инфекций мочевой системы у детей.

Topicality of the problems of microbe-inflammatory processes of the urinary tract in pediatric practice is due to considerable share of urinary tract infections in structure of kidney malfunctions, due to the fact that urinary tract infections tend to progress and develop chronic kidney failure. 711 children with urinary tract infections were investigated. We study specific ethiology and flowing of urinary tract infections at children. Comparative datas of different antibacterial and antirecurrent treatment of urinary tract infections at children are given.

Инфекция мочевой системы (ИМС) — воспалительный процесс в мочевой системе без специального указания на этиологию, локализацию (мочевые пути или почечная паренхима) и определения его характера.

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей этиологии, течения и терапии инфекций мочевой системы у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 711 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет с инфекциями мочевой системы. Лечебный эффект амоксициллина и других антибиотиков изучался у 160 детей.

Результаты и обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что инфекция мочевой системы (ИМС) в подавляющем большинстве случаев вызывается одним видом микроорганизма. Микробные ассоциации могут выявляться при хроническом течении уроренальной инфекции. Исследование продемонстрировало вариабельность частоты высева *E. Coli* у амбулаторных больных ИМС от 41,3 до 83,3%

(в среднем 53%), в то время как частота обнаружения протей составила 8,5%, энтерококков — 8,5, клебсиеллы — 8 и синегнойной палочки — 5,4%.

По данным нашего исследования, спектр микроорганизмов у детей первого года жизни в 100% случаев представлен *E. coli*, как у девочек, так и у мальчиков. У детей от 1 года до 6 лет отмечается снижение удельного веса *E. coli* — у девочек до 29,4, у мальчиков до 25%. У детей от 7 до 14 лет вновь повышается удельный вес *E. coli* — у девочек до 66,7, у мальчиков до 78,9%. Ассоциированная флора была выявлена у детей от 1 года до 6 лет — у девочек в 38,2, у мальчиков в 37,5% случаев.

Нами была отмечена зависимость клинической картины от вида госпитального штамма, который высеивался только у детей с вторичным хроническим пиелонефритом. Клебсиеллезный пиелонефрит характеризовался тяжелым течением и высокой степенью активности заболевания. Дети, у которых высеивалась *Klebsiella pneumoniae*, имели высокую степень пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), гид-

ронефротическую трансформацию почек, нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря по гипорефлекторному типу. Заболевание у этих детей сопровождалось выраженными симптомами интоксикации, высокой температурой, массивной лейкоцитурией и бактериурией. Кроме того, у всех детей после проведенной эффективной антибактериальной терапии был отмечен недолгий период клинко-лабораторной ремиссии, от 2 до 5 месяцев. *Proteus morganii* был выделен у детей с вторичным хроническим пиелонефритом на фоне ПМР, гранулярного цистита, подковообразной почки и мочекаменной болезни. Для протейного пиелонефрита была характерна высокая лихорадка, выраженные дизурические явления и боли в животе. У детей с *Pseudomonas aeruginosa* был диагностирован вторичный хронический пиелонефрит на фоне гидронефроза, тазовой дистопии почек. Заболевание у них протекало в более легкой форме, чем у детей с пиелонефритом, вызванным *Klebsiella pneumoniae* и *Proteus*, но в течении заболевания у данных детей была отмечена антибиотикорезистентность *Pseudomonas aeruginosa*.