

В условиях с нарушением слуха значительная роль принадлежит сурдопедагогам, но как показала практика, сочетание сурдопедагогической и логопедической работы позволяет достигнуть лучших результатов и приблизить оптимальный уровень для развития слабослышащего ребенка.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ**

Кузьмичева Л.В., Конакова Н.Е., Алесова Н.М.  
 ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск,  
 e-mail: has737@yandex.ru

Функциональную активность красных кровяных клеток определяли по содержанию эритроцитов и гемоглобина в крови, показателю гематокрита, среднему объему эритроцита (MCV), среднему содержанию гемоглобина (MCH) и средней концентрации гемоглобина (MCHC) в эритроцитах. В крови больных острой пневмонией (n = 15) наблюдается снижение содержания эритроцитов и уровня гемоглобина на 25% и 42% соответственно по отношению к контролю, что свидетельствует об анемии. При этом уменьшается средний объем эритроцитов на 15%. Величина гематокрита составляет  $27,54 \pm 1,14\%$ , что ниже контрольного значения на 35% и возможно свидетельствует о степени выраженности анемии. Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах уменьшается на 17%. Средняя концентрация гемоглобина в клетках в пределах нормы и составляет  $308,13 \pm 2,43$  г/л. Отмечается сильная прямая корреляционная связь между концентрацией гемоглобина в эритроцитах и средним объемом клеток ( $r = 0,67$ ;  $p < 0,05$ ) и содержанием гемоглобина в эритроцитах и их концентрацией ( $r = 0,73$ ;  $p < 0,05$ ). При исследовании показателя MCV у больных острой пневмонией наблюдается разный объем клеток, что свидетельствует о типе анемий. У 40% обследованных (6 пациентов) показатель MCV в пределах 80 fl – 100 fl, эритроциты характеризуются как нормоциты, при этом могут быть нормоцитарные анемии (апластическая, гемолитическая, гемоглобинопатия, постгеморрагическая). У 53,3% обследованных больных (8 пациентов) объем эритроцитов меньше 80 fl (микроциты) – микроцитарные анемии (железодифицитная, талассемия, сидеробластная). У 6,7% обследованных больных (1 пациент) объем эритроцитов больше 100 fl (макроциты) – макроцитарные и мегалобластные анемии (фолиеводефицитная, В12-дефицитная). Таким образом, при острой пневмонии на фоне выраженной анемии наблюдается уменьшение среднего объема эритроцитов и содержания в них гемоглобина, что, возможно, свидетельствует о гипертоническом характере нарушений водно-электролитного баланса.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕГАДОЛИХОКОЛОН**

Татьянченко В.К., Богданов В.Л.,  
 Овсянников А.В., Сухая Ю.В.

Государственный медицинский университет,  
 Ростов-на-Дону, e-mail: valeribogdanov@yandex.ru

Цель исследования. Клинико-анатомическое обоснование хирургической коррекции мегадолихоколон в состоянии декомпенсации.

Материалы и методы. Морфометрия и гистотопография фиксирующего аппарата ободочной кишки в норме и при мегадолихоколон проведены на 80 трупах людей. В эксперименте на 40 животных выполнено моделирование идиопатического мегадолихоколон (Федеральный патент РФ).

Результаты. Установлено, что при идиопатическом мегадолихоколон изменения в фиксирующем аппарате носят врожденный характер, при сохранности вегетативной нервной системы пассаж по нисходящей ободочной и сигмовидной кишке замедляется, повышается внутрипросветное давление. Вследствие идиопатической «слабости» соединительной ткани изменения в фиксирующем аппарате и формирование мегадолихоколон происходит одновременно. Подвижность удлиненной кишки увеличивается, а компенсаторные изменения в связочном аппарате становятся неэффективными, что способствует развитию мегадолихоколон и его декомпенсации. В том случае, если после резекции декомпенсированной кишки «здоровая» низведенная петля нефиксирована, она вовлекается в выше описанный патологический процесс. Предотвратить рецидив возможно воссоздав селезеночно-изгиб ободочной кишки и селезеночно-ободочную связку, при этом мобилизованная кишка фиксируется к фасциальным узлам забрюшинного пространства.

Вывод: связочный аппарат и ободочная кишка при мегадолихоколон одинаково не устойчивы к механическим нагрузкам, при резекции ободочной кишки необходимо восстанавливать ее связочный аппарат.

**О ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛОЖНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ НА ОСНОВЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ**

Татьянченко В.К., Богданов В.Л.,  
 Овсянников А.В., Ковалев Б.В., Сухая Ю.В.,  
 Воронова О.В.

Государственный медицинский университет,  
 Ростов-на-Дону, e-mail: valeribogdanov@yandex.ru

Цель. Обосновать целесообразность использования сложных трансплантатов на основе скелетных мышц для пластики дефектов тканей тазового дна и промежности.