



Медицина в Кузбассе



Научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Директор:

С.Г. Петров

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сарыгина, 29

Тираж: 300 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. -
зам. главного редактора, Луцик А.А. - зам. главного редактора, Ми-
хайлуц А.П., Разумов А.С. - ответственный секретарь, Ши-
пачев К.В., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бурого Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Швец Т.И. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чиченин Г.И. (Новокузнецк).

УДК 57+61] (063)

ББК 28+5

П 781

032866

Проблемы медицины и биологии. Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Кемеровской области (17-18 апреля 2003 г.). - Кемерово, 2003. - 180 с. - (Приложение к журналу «Медицина в Кузбассе» № 1 - 2003).

Сборник содержит материалы научных исследований и научно-практических работ молодых врачей, аспирантов и студентов по актуальным проблемам диагностики, лечения и профилактики заболеваний, общественного здоровья и организации здравоохранения, здорового образа жизни, биологии и экологии на территориях Сибири.

Редакционная коллегия выпуска:

А.П. Михайлуц (председатель)

А.С. Разумов (зам. председателя)

С.И. Елгина (ответственный за выпуск)

С.В. Банных, О.И. Бибик, М.В. Кузнецова, С.В. Черно,

Е.Ю. Чернявская, А.А. Шапкин, Т.А. Штейнпрейс



ОГЛАВЛЕНИЕ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Ю. Беззубова К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЮРГИ	11
Д.С. Бойко ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ГОД И ХАРАКТЕР ПРОТЕКАНИЯ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН	11
М.П. Гвоздецкая ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ССУЗов НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ И СПОСОБАХ ЕГО СОХРАНЕНИЯ	12
Ю.М. Евсюкова, С.А. Попова АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА. ФАКТОРЫ РИСКА. ЛЕЧЕНИЕ	13
С.И. Елгина МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ	14
С.И. Елгина ДЕМОГРАФИЯ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ГОРНОЙ ШОРИИ	15
Н.П. Ермакова СОСТОЯНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ	16
О.Б. Иванова НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ	17
О.Б. Иванова, Т.А. Иванчина КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ МАССИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	18
С.В. Калентьева ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КАРДИОРИТМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНО-ГОДИЧНОГО ЦИКЛА ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	18
Н.В. Копытина ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ РОДИЛЬНИЦ	19
Н.В. Копытина ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА, ТРЕБУЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	20
Ю.В. Кочергина МИОМА МАТКИ У ЖИТЕЛЬНИЦ г. КЕМЕРОВО	21
Н.В. Краснова, А.И. Артамонова РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА	22
М.В. Кузнецова, С.И. Елгина ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ	23
О.Г. Лобанова УЗИ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА	24
О.Г. Лобанова КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА	25
А.Н. Овчинникова, А.Н. Тутова ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	25
Е.В. Пучкова ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	26
А.А. Сафьянов, М.А. Шин, А.А. Пучинкина ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА	27
А.А. Сидельникова МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	27
Т.С. Сковородкина ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	28
О.Ф. Соколова НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ НА ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ	29
Т.В. Фатеева ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ	30
БИОЛОГИЯ, ПАЗАРИТОЛОГИЯ	
Н.Г. Боровко, Е.К. Рожнова ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМБРИОНАЛЬНОГО И ПОСТЭМБРИОНАЛЬНОГО РОСТА ЛИСТЬЕВ У <i>SORBUS SIBIRICA</i> HEDL	31
М.В. Додонов, А.В. Басов КСЕНОПАЗАРИТАРНЫЙ БАРЬЕР ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ	31
Д.А. Золотарев ТАКСОНОМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПОЛУЖЕСТКОКРЫЛЫХ г. КЕМЕРОВО	32
Е.Г. Комякова, С.Г. Носкова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОЗВОНОЧНЫХ И БЕСПОЗВОНОЧНЫХ	32
Н.А. Коровина ФАУНА ЖУЖЕЛИЦ РОДОВ <i>CARABUS</i> И <i>PTEROSTICHUS</i> (COLEOPTERA, CARABIDAE) ГОРЫ МУСТАГ ГОРНОЙ ШОРИИ	33



Н.С. Маниковская ЭНТЕРОЦИТ – УНИВЕРСАЛЬНАЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА КИШЕЧНИКА ТРЕМАТОД	34	Я.В. Казачек ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НАСЕЛЕНИЯ ГОРНОЙ ШОРИИ	44
Н.П. Пархоменко, Р.С. Краев НАСЛЕДСТВЕННЫЕ СИНДРОМЫ В СТОМАТОЛОГИИ	34	Я.В. Казачек МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ПРИ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ	44
Т.О. Усольцева ВЫСОТНО-ПОЯСНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МУРАВЬЕВ Р. FORMICA ОКРЕСТНОСТЕЙ Г. МУСТАГ ГОРНОЙ ШОРИИ	35	Е.Ж. Каширина, Н.П. Шахворост АНАЛИЗ РАБОТЫ ШКОЛЫ БОЛЬНОГО ДИАБЕТОМ	45
А.В. Фролов, М.В. Додонов ЭОЗИНОФИЛИЯ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ	35	Е.В. Кирьянова, Э.Е. Кислов, А.М. Батраков ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ И АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	46
Ю.В. Цуркан ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЛОРЫ ОСТЕПНЕННЫХ КАМЕНИСТО-ЩЕБНИСТЫХ ОСЫПЕЙ ПРАВОГО БЕРЕГА РЕКИ ТОМЬ	36	С.А. Клочкова-Абельянец СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	46
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ		Н.Н. Константинова ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА	48
А.А. Азаров БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	37	Ю.Б. Королева, С.М. Брызгалина, И.В. Скрипченко РОЛЬ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ПРАКТИКЕ ЭНДОКРИНОЛОГА	49
С.С. Алтарев, Т.С. Кузьмина ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	37	О.А. Лазарева, Т.Н. Сумотохина ПРОБЛЕМЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	49
С.С. Алтарев, А.В. Соловьева ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	38	Е.В. Лаптев ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	50
О.Б. Аникина, И.А. Гергерт, Е.М. Скрыбина, М.В. Иванова ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	38	Н.В. Митрофанова, М.А. Волькова, С.А. Семина ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СТЕРОИДОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	52
Е.Б. Аникина ОЦЕНКА ТЕМПОВ СТАРЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	39	Е.В. Михайлова, С.М. Брызгалина ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	52
Е.Б. Аникина ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	40	Д.М. Мункоева ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ	53
Н.Н. Бурилина, М.В. Анкудинова БРОНХОЛИТИЧЕСКАЯ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ОБЛАСТНОГО ГОСПИТАЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН	40	В.Ю. Павлова, Ю.Л. Чеснокова ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХПН НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ	54
Т.Н. Галкина, Е.В. Полторацкая ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В ПОЛИКЛИНИКЕ	41		
Н.Л. Дочкина ЗАВИСИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ГРУПП КРОВИ	42		
В.Н. Зимина ТУБЕРКУЛЕЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА	43		



Е.В. Полторацкая, Т.Н. Галкина ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ	55	Е. Войнова, Н. Карелина ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ	64
С.В. Пономарева, А.В. Тихонова АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХОБЛ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХООБСТРУКЦИИ У РАБОТНИКОВ КОАО «АЗОТ»	55	О.В. Гербер, Е.С. Иштунова АДАПТАЦИЯ КАДЕТОВ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ ОБУЧЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОМ КАДЕТСКОМ КОРПУСЕ	65
Я.Л. Резник ЧАСТОТА ГИПЕРУРИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	56	Н.О. Гурьянова СВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНИЗМА В ДИНАМИКЕ РАБОЧЕЙ СМЕНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ТРУДА	66
Н.А. Слюсарь ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБЕПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ	57	Н.О. Гурьянова ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА РАБОТАЮЩИХ НА ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ В ТЕЧЕНИЕ СМЕНЫ	66
А.Н. Удодиков ТИРЕОИДНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ОСТАТКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	57	В.А. Дерксен, Ю.С. Родина СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОБЛЕМЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В КУЗБАССЕ	67
И.В. Филатова, Е.Р. Командина АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ У РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП	58	Ю.В. Захарова ИЗМЕНЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С СЕЗОНАМИ ГОДА	68
Е.Ю. Чернявская СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ ФУНКЦИЯ У ШКОЛЬНИЦ В ПЕРИОД ПУБЕРТАТНОГО РАЗВИТИЯ В ОЧАГЕ ЗОБНОЙ ЭНДЕМИИ	59	Е.С. Иштунова, О.В. Гербер ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПИТАНИЯ КАДЕТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В КЕМЕРОВСКОМ КАДЕТСКОМ КОРПУСЕ	69
Ю.Л. Чеснокова, В.Ю. Павлова, Л.Д. Чеснокова ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	60	О.В. Кених, И.В. Мельникова ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗОВАННОГО ПИТАНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ г. КЕМЕРОВО	69
Е.М. Шимотюк, Е.А. Осипова, Г.С. Суржикова К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ АИТ	61	М.К. Ковтун, И.Ю. Веретельникова, Т.В. Кудрина К ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ	70
О.В. Юшкина, Н.В. Мешегешева ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	61	С.А. Максимов МЕТОД ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАРЕНИЯ РАБОТАЮЩИХ НА ХИМИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ	70
ГИГИЕНА. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭКОЛОГИЯ		И.В. Мельникова, А.О. Фотина, В.А. Волгина ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ МЕБЕЛИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ	71
О.А. Балыбина, Н.Б. Карпушкина СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ «САМАРОВКА» И «ВАПУСАН» В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	63	Ф.Ф. Микилев ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НИТРАТАМИ	72
Н.С. Белоусова ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЯ КОРРЕКЦИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ, КАК ВНЕДРЕНИЕ НОВОЙ РЕСУРСОБЕРЕГАЮЩЕЙ ФОРМЫ МНОГОЭТАПНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В г. АНЖЕРО-СУДЖЕНСКЕ, АНАЛИЗ РАБОТЫ ЗА ТРИ ГОДА	63	О.А. Рытенкова БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПРЕСС МЕТОДЫ, КАК ИНДИКАТОР ТОКСИЧНОСТИ ВОДОЕМОВ	72
		Е.В. Сапегина ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТАЮЩИХ НА КЕМЕРОВСКОМ КОАО «АЗОТ»	73
		Е.В. Сапегина КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РАБОТАЮЩИХ НА КОАО «АЗОТ»	73
		Е.М. Ситникова СВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА У РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ	74



Е.М. Ситникова ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СТЕРЕОТИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ	75	Т.В. Каминская, Е.А. Пасько ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИКОЗАМИ СТОП СРЕДИ РАБОТНИКОВ ШАХТ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ...	85
И.П. Собакин СОРБЦИОННЫЕ СВОЙСТВА УГЛЕВОДОРОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ	75	А.Н. Нестерова, М.Б. Маруев, М.В. Лобанова ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА	85
А.Н. Титова ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ТИСУЛЬСКОГО РАЙОНА МЕТОДОМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ НАКОЖНЫХ ПРОБ	76	И.А. Ромашкина, Е.А. Шевченко ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С НЕ УСТАНОВЛЕННЫМИ И УСТАНОВЛЕННЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ	86
А.Н. Титова ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ТИСУЛЬСКОГО РАЙОНА	77	ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА	
В.А. Чепель, Л.И. Иванова ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	77	В.Ю. Казанцева, Л.П. Белкова, В.Н. Мальцев ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У ДЛИТЕЛЬНО РАБОТАЮЩИХ С НАДПороговыми ДОЗАМИ ХЛОРА	87
В.А. Чепель, Л.Ф. Солонинкина ВОЗМОЖНОСТЬ ВАЛЕОКОРРЕКЦИИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ – ЛПУ	78	В.Ю. Казанцева, Н.А. Лупачева ЛУЧЕВОЙ АЛГОРИТМ ПОИСКА И ВЕРИФИКАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕПАТОЗА У ДЛИТЕЛЬНО РАБОТАЮЩИХ С НАДПороговыми ДОЗАМИ ХЛОРА	87
Д.Ю. Чухров ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	79	Г.Л. Кузнецов ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫМ КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	88
КОЖНО-ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ		Г.Л. Кузнецов РЕГИОНАРНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	88
Е.В. Бобриков, Н.В. Сергеева, С.А. Исаева ИЗУЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ	81	Г.Г. Лисаченко, Э.Г. Кошелев, Л.Г. Маликова РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, ИМЕВШИХ ДЛИТЕЛЬНОЕ НАДПороговое ВОЗДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ ВЕЩЕСТВ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ	89
В.В. Вавин, З.А. Глушкова СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ АМИНОКИСЛОТ КОЖЕЙ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ	81	С.Ю. Скутина, Г.П. Кошелев ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ С ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АДЕНОМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ДЛИТЕЛЬНО КОНТАКТИРУЮЩИХ С НАДПороговыми ДОЗАМИ ХЛОРА	90
М.Г. Воронкин, М.Б. Маруев, М.В. Лобанова СЛУЧАЙ ТРИХОМОНАДНОЙ ЯЗВЫ У БОЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗОМ С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ В КОЖЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	82	С.Ю. Скутина, Г.П. Кошелев КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЛИТЕЛЬНО РАБОТАЮЩИХ С НАДПороговыми ДОЗАМИ ХЛОРА	90
Е.Ю. Вяцева, И.А. Самсонов, В.В. Вавин, Е.А. Забродина ИЗУЧЕНИЕ pH СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ	82	НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ	
Я.Е. Дмитриева АНАЛИЗ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ РАБОТНИКОВ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 3	83	Е.В. Броздовская ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПЕДАГОГА	92
Я.Е. Дмитриева ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ ВСАСЫВАНИЯ ПАПАВЕРИНОВОЙ ЭМУЛЬСИИ ЛИПОСОМ В КОЖУ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	83	А.С. Бузмакова СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛЕЩЕВЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ ..	92
Т.В. Каминская, Я.Е. Решетникова МИКОЗЫ СТОП У ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ И ОБСЛУЖИВАЮЩЕГО ИХ ПЕРСОНАЛА	84	О.А. Гилева ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТА В КЕМЕРОВЕ ...	93



А.В. Дементьев, Ф.Б. Матвеев, А.В. Безденежных, Т.В. Дементьева К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА	94	А.А. Леванова ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНА РОЖДЕНИЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	104
А.В. Дементьев ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГОВЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗЕ У ДЕТЕЙ	94	А.А. Селиванов РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОПУЛЯЦИЙ СОМАТОТРОПОЦИТОВ АЦИДОФИЛЬНОГО И БАЗОФИЛЬНОГО КЛИНЬЕВ ГИПОФИЗА ИНТАКТНЫХ И СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ КРОЛИКОВ	104
Е.В. Жигалова ПСИХОТЕРАПИЯ ОЖИРЕНИЯ. ИЗБРАННЫЕ МЕТОДИКИ	95	А.А. Селиванов ЭПИФИЗ И ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ТЯЖЕЛОМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ	105
М.В. Иванов, И.В. Баранов РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС, ОГРАНИЧИВАЮЩЕЕ ГОДНОСТЬ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ	96	Т.С. Сырнев ТИП КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И СТРЕССРЕАКТИВНОСТЬ У СТУДЕНТОВ МЕДАКАДЕМИИ, КАК ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВЫБОРУ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	106
Н.А. Колганова РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	96	Т.С. Сырнев, Д.Ю. Кувшинов ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССРЕАКТИВНОСТИ, ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ТИПА КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДАКАДЕМИИ	106
Л.П. Калинина, Н.А. Колганова, Т.И. Швицакая ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРИЖИВЛЕНИИ АМПУТИРОВАННЫХ КИСТЕЙ РУК	97	Н.Ю. Шевелева МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТОМ А И ГЕПАТИТОМ В	107
Л.П. Калинина, Т.И. Швицакая ПАРАНОЯЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ И РАЗВИТИЕ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	97	ОБРАЗ ЖИЗНИ	
А.В. Козлов ОБОСНОВАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ	98	И.Н. Бондарева ТАК ЛИ БЕЗОПАСНЫ ЗАНЯТИЯ В ГРУППАХ ЗДОРОВЬЯ?	109
Н.В. Маслбобоева, Т.В. Ятченко СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	99	И.Н. Бондарева ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	110
В.В. Соловьев ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	100	А.С. Гилева ФОРМИРОВАНИЕ НИКОТИНОЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ	111
Т.В. Целищева, В.Г. Иванов ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПРАВОНАРУШЕНИЙ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ	101	Д.Ю. Кувшинов, Т.С. Сырнев, А.А. Перминов НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ ПУТЕМ КОГНИТИВНО- МОТИВИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ	112
НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, МОРФОЛОГИЯ		Т.Н. Суматохина, О.А. Лазарева ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КЕМЕРОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	112
С.В. Банных МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	102	Т.С. Сырнев ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ	113
Е.Е. Васенина, А.Ю. Барашов ВЛИЯНИЕ ТРИМЕСТРА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ГОДИЧНОГО ЦИКЛА НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ	102	О.В. Животовская РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ЦЕНЗА	114
Е.В. Власов К ТОПОГРАФИИ ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА КРОЛИКА	103	О.В. Животовская, А.С. Животовский АНАЛИЗ ТАБАКОКУРЕНИЯ У РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП	114
Ю.В. Колеватова МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ	103		



ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

Е.И. Ардашева ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРФТОРАНА	116
Е.А. Афонин, П.Г. Вольков, А.В. Иванов, С.Ю. Бернс АНАЛИЗ ТРАВМ КИСТИ	116
С.П. Белозеров, А.А. Замигулов ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА МОДЕЛИ ШАХТНОЙ ТРАВМЫ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ «ЛЕГКИЕ-КРОВЬ»	117
М.А. Васенин, М.В. Шмулевич ПРОКСИМАЛЬНАЯ КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОА КОЛЕННОГО СУСТАВА	117
Г.В. Вавин РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ НА ТЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОСТРОЙ ГИПОКСИЕЙ ПРИ ИНФУЗИИ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	118
С.О. Герасимов ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАПАНА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА (предварительное сообщение)	119
С.О. Герасимов РОЛЬ РАННЕЙ РЕКЛИНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА	119
К.С. Казанин, А.Н. Поплавский, Д.Я. Белов РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	120
К.С. Казанин, С.Н. Терехов ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ	121
А.В. Карачаков, Н.В. Спивак, М.В. Истомин, П.В. Доценко, В.В. Калашников ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СПАРЕННЫМИ СПИЦАМИ	121
П.В. Кондрашов, С.Ю. Бернс, М.В. Смирнов, О.А. Оганесян, А.А. Ветошкин, А.В. Потанин, А.Н. Прокопьев, Е.Е. Ещин, В.В. Мулин АНАЛИЗ ТРАВМ КИСТИ ВРАЩАЮЩИМИСЯ МЕХАНИЗМАМИ	122
С.Ю. Лоскутников ОСОБЕННОСТИ РАН, НАНЕСЕННЫХ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ РАНЯЩИМ СНАРЯДОМ МИРНОГО ВРЕМЕНИ	123
М.В. Смирнов, О.Ш. Оганесян, Е.Е. Ещин, А.Н. Прокопьев, А.В. Потанин, А.А. Ветошкин, С.Ю. Бернс, В.В. Мулин АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	123
Ф.В. Титов, Н.А. Волынкин МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ТОТАЛЬНОЙ СИНДАКТИЛИЕЙ, В ЛЕЧЕНИИ КОТОРЫХ ПРИМЕНЯЛСЯ МЕТОД НАЛОЖЕНИЯ ДИСТРАКЦИОННОГО КИСТЕВОГО АППАРАТА	124

А.В. Шаталин, Е.В. Ивлев ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	124
Н.В. Шклярова ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ШАХТЕРОВ	125

ПЕДИАТРИЯ

А.В. Басманова, В.И. Ширшиков, И.М. Прохорова, А.В. Пучков ПРОБЛЕМЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОГО МАТЕРИНСТВА И РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА	127
Т.А. Белолипецкая СОМАТИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ – ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА	127
А.Е. Ботвинко, Н.В. Вахонина, Т.Н. Вахрамеева ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ	128
Л.А. Варич, А.А. Ониськов СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ	129
Н.В. Вахонина, Т.Н. Вахрамеева ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ОПИАТОВ	129
С.Н. Витязь ФОРМИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПРОФИЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ	130
В.В. Жданов, С.В. Захаренко СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ	130
Р.В. Жданов, И.А. Нечаева, А.В. Басманова АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКГ У ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ г. КЕМЕРОВО	131
Е.В. Казакова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВЫПУСКНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГОРОДСКОЙ ГИМНАЗИИ И СЕЛЬСКОЙ СРЕДНЕЙ ШКОЛЕ	132
М.В. Калташкина, С.Н. Виниченко, О.В. Романова, А.Ю. Братчикова К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ И ПОДДЕРЖАНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	132
Е.В. Князева ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ	133
М.Ю. Леонова, О.Н. Устименко ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ	134



Д.В. Микко К ВОПРОСУ О ДИАГНОЗЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	134	Е.А. Левочкина НОВЫЙ МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ДЕЦЕНТРАЦИИ ИОЛ	148
А.Г. Навоян, Н.А. Волынкин СЕПСИС У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	135	Л.Ю. Лошакова, Т.С. Троицкая УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	149
Н.Н. Наумова, Ю.В. Гареева, Л.Н. Чухванцева МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ НОВОРОЖДЕННОГО: КЕМЕРОВО – 2002	136	В.В. Носырев, Д.М. Гарафутдинов, Я.Л. Масенко ОПЫТ УДАЛЕНИЯ ФРАГМЕНТА КОРНЯ ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ	150
О.В. Овчинникова ЭНДОКРИННЫЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ	136	Я.Л. Масенко, В.В. Носырев, Д.М. Гарафутдинов ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	151
Е.Ю. Попова СВЯЗЬ ТИПА СУБЪЕКТИВНОЙ СУТОЧНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ С ИЗМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В ТЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ДНЯ У СТУДЕНТОВ	137	А.А. Сурикова МИКРОФЛОРА И pH СЛЮНЫ У ЛИЦ С КАРИЕСОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ИНДЕКСОВ КПУ ...	151
Д.А. Ступников, О.В. Лысенко РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА	138	А.Л. Якунин, С.Ю. Кайдалов РИНОПЛАСТИКА	152
Н.С. Тихонов, М.Ю. Леонова ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	138	СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	
О.А. Федорова, Н.В. Жеребцова АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ 6-7 ЛЕТ	139	Т.А. Лабзина АНАЛИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПО г. КЕМЕРОВО ЗА 2000-2001 гг.	153
О.И. Хохлова, Е.А. Белогорцева, Г.М. Протопопова, И.М. Устьянцева ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ	140	О.С. Торопова АНАЛИЗ САМОУБИЙСТВ В г. КЕМЕРОВО ПО ДАННЫМ ТАНАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ...	153
А.А. Черных КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ВНУТРИУТРОБНО ПЕРЕНЕСШИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НАРКОТИКОВ	141	Н.Б. Шапкина СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ...	154
СТОМАТОЛОГИЯ		Н.Б. Шапкина СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ	155
А.Н. Анастасов, О.В. Евстратов ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ АНТРОПЛАСТИКИ В КЛИНИКЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	143	ФАРМАЦИЯ	
Е.В. Борисова КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ УШНОЙ АТРЕЗИЕЙ	144	Я.В. Галевский МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТИЛЯ РАБОТЫ РУКОВОДИТЕЛЯ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ	157
О.В. Жаркова КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ	145	В.А. Дерксен, Ю.С. Родина ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ	157
Р.В. Жук, Е.В. Борисова СЕКРЕТОРНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	146	И.В. Кульпин ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ СИСТЕМ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	158
О.В. Киселева НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	148	И.В. Кульпин КОМПЬЮТЕРНАЯ БЕЗГРАМОТНОСТЬ, КАК ОДНА ИЗ ПРОБЛЕМ ПРИ ВНЕДРЕНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	159
		А.В. Миллер ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ № 1 ГУВД КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВЕ ФОРМУЛЯРА	159



ХИРУРГИЯ

И.Н. Беляев, К.В. Климов ОСТРАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	161
А.В. Борщ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ	161
Н.М. Веселова РАЗВИТИЕ ДОНОРСКОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ	162
Ю.Б. Глебова К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ ОПЕРИРОВАНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ	163
Ю.Б. Глебова ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ АДРЕНАЛЭКТОМИИ	164
А.Г. Губарев СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	165
С.А. Евтушенко, Б.Л. Хаес ВЫСОКАЯ ОБЪЕМНАЯ СКОРОСТЬ ПЕРФУЗИИ – АЛЬТЕРНАТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ КРОВООБРАЩЕНИИ	165
А.С. Животовский АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ	166
С.В. Кириленко ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ	167
Э.Е. Кислов, А.М. Батраков, Е.В. Кирьянова НЕПРЯМЫЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ ДИСТАЛЬНОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	168
Э.Ф. Магеррамова ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ	169
Я.Л. Масенко, А.В. Сизинцев ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ, ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ	169
М.В. Мерзляков ПОДГОТОВКА К ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ	171
А.Г. Михайлов ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНОГО СПЛЕТЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА ИЛИ ВАГОТОМИЮ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	171
В.Г. Носов ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АЛЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ	172
О.М. Оликов, В.А. Луценко, И.Х. Аминов ТРАНСКУТАННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАПЯЖЕНИЯ КИСЛОРОДА В ПРАКТИКЕ АНГИОХИРУРГА	173
Т.А. Пиминова О СРОКАХ ВЫПОЛНЕНИЯ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	173
Д.Г. Постников ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА И ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	174
О.Ю. Пузакова, М.В. Чуркин, С.А. Зайцев ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА	175
К.С. Родивилко ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	175
А.Б. Старцев ВЛИЯНИЕ РЕНО-ПОРТАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗОСА И ЕГО СОЧЕТАНИЯ С ОПЕРАЦИЕЙ МАЛЛЕГИ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ	176
С.А. Торгунаков О ПРИЧИНАХ НЕВЫПОЛНИМОСТИ МЕЖСИСТЕМНЫХ ВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ	177
С.А. Торгунаков РЕНТГЕНО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПЛЕНО-КАВАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗОСА	177
Е.С. Трубачева ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ОПЕРАЦИИ НА ОБЪЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ	178
А.А. Шапкин ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПЕРИТОНИТА	179



Ю. БЕЗЗУБОВА
 К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
 ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЮРГИ

Научный руководитель – А.В. Петрушенко
Эколого-биологический центр, Многопрофильный лицей, г. Юрга

Проблемы репродуктивного здоровья населения в настоящих условиях развития страны могут иметь серьезные экономические и социальные последствия. Ухудшение показателей воспроизводства населения происходит на фоне снижения качества репродуктивного здоровья женщины. В связи с этим, целью работы стало проведение социологической диагностики школьников по вопросам значимости ряда факторов, формирующих репродуктивное поведение подростков, а также изучение некоторых показателей заболеваемости 15-18 летних девушек.

В работе использовались данные, предоставленные подростковым кабинетом, городской женской консультацией, городским центром планирования семьи, кожно-венерологическим диспансером и собственные исследования. Вызывает тревогу рост числа девушек с задержкой полового развития, с нарушениями менструального цикла (у 4,6 % осмотренных). Обращает на себя внимание высокий уровень соматической заболеваемости. Так, в 2001 г. среди подростков регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и эндокринной системы, соответственно, на уровне 83, 135 и 149 случаев на 1000 осмотренных.

Для выяснения информированности подростков о факторах, формирующих репродуктивное поведение человека, была разработана анкета. Анкетирование показало следующее:

- Подавляющее большинство подростков (98,8 %) связывают здоровье своих будущих детей с тем образом жизни, который

они ведут сейчас. Такая позиция, очевидно, связана с тем, что большинство опрошенных девушек (84,5 %) хорошо знают физиологию подросткового возраста.

- Достаточно высок удельный вес девушек, осведомленных о причинах венерических и гинекологических заболеваний. Вызывает тревогу тот факт, что, при обнаружении признаков заболевания, большинство подростков не будут консультироваться у врача, а обратятся за помощью к друзьям, реже – к родителям.
- Почти 70 % опрошенных девушек информированы о методах контрацепции и их значении в сохранении репродуктивного здоровья. Положительно то, что большинство нуждаются в знании физиологии и патологии подросткового возраста. Источники их знаний – уроки биологии в школе и самообразование. Объективно результаты опроса расходятся с некоторыми фактами, характеризующими сексуальное поведение. Так, из 304 аборт, по данным первого квартала 2002 года, 34 – подростковые.
- Сами подростки оценивают свои знания по вопросам репродуктивного здоровья, в среднем, на 50 %, что явно недостаточно.

Значение подросткового периода чрезвычайно велико для формирования репродуктивной системы. Поэтому необходимо уделять большее внимание образованности подростков по данным вопросам, для чего нужно создавать новые программы обучения в школах, усиливать пропаганду здорового образа жизни.

Д.С. БОЙКО
 ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ГОД И ХАРАКТЕР ПРОТЕКАНИЯ РОДОВ
 У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель – С.В. Раушкина
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Данная работа посвящена анализу статистических данных, которые были получены в результате изучения 762 историй родов первобеременных женщин, родоразрешенных на базе родильного дома № 5 МУЗ МДКБ.

Целью работы было установление связи протекания родов с периодом индивидуального года женщины, длящегося от одного дня ее рождения до следующего. Этот период можно разделить на 4 триместра: первый – 1-3 месяца после дня ее

рождения, второй — 4-6 месяцы, третий — 7-9, четвертый — 10-12 месяцы.

В первом триместре индивидуального года у рожениц наблюдается наибольший процент физиологических родов (56,1 %) и гладкого протекания послеродового периода (50,0 %). Для второго триместра были характерны наименьший процент физиологических родов (33,3 %) и 47,6 % благоприятного протекания послеродового периода, в третьем триместре — 51,7 % физиологических родов и 48,3 % гладкого течения послеродового периода. В четвертом триместре было 50,0 % физиологических родов, 44,9 % гладкого течения послеродового периода.

Из этого можно сделать вывод, что наиболее благоприятным периодом для родов является 1-й триместр, поскольку он характеризуется большим процентом физиологических родов и наилучшим протеканием послеродового пери-

ода. Третий триместр также является благоприятным, так как для него также характерны высокие результаты. Второй и четвертый триместры являются неблагоприятными, так как характеризуются или самым низким процентом физиологических родов (второй триместр), или неблагоприятным протеканием послеродового периода (четвертый триместр).

Таким образом, знание особенностей связи протекания родов с индивидуальным годом рождения может иметь практическое применение в планировании беременности, в принятии мер предосторожности во время родов для ограничения осложнений и в предсказании протекания послеродового периода. По-видимому, целесообразно и составление рекомендаций для беременных женщин при совпадении вероятного срока родов с неблагоприятным периодом индивидуального года женщины.

М.П. ГВОЗДЕЦКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ССУЗОВ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ И СПОСОБАХ ЕГО СОХРАНЕНИЯ

Научный руководитель — Г.А. Ушакова
Кемеровский областной медицинский колледж, г. Кемерово

Рассматривая половое поведение и репродуктивные установки современной молодежи, отечественные авторы подчёркивают, что «аборты и ИППП являются следствием сформированного под воздействием микросоциальной среды рискованного стиля поведения, при котором приемлемы курение, приём алкоголя, наркотиков, половая жизнь со сменой партнёров. Такое поведение связано с тенденцией второй половины XX столетия к акселерации физического и полового развития подростков, приводящей к более раннему формированию вторичных половых признаков и снижению возраста менархе». Можно предполагать, что студенты, обучающиеся в ССУЗах немедицинского профиля, не владеют достаточной санитарно-гигиенической информацией о безопасном половом поведении, в силу отсутствия валеологических предметов в их учебных планах. Поэтому актуальным становится изучение информированности подростков о репродуктивном здоровье и способах его сохранения.

Целью исследования явилось изучение валеологических знаний студентов ССУЗов немедицинского профиля, их оценка и определение роли родителей, педагогов и медицинских работников в процессе распространения санитарно-гигиенической информации.

Проведено обследование 150 студентов в возрасте 16-19 лет, обучающихся на 1-м и 2-м курсах. Девушки составили 65 %, юноши — 35 %. Статистическая карта включала блок вопросов по основам валеологических знаний, блок вопросов по репродуктивному поведению (сексуальному, контрацептивному) и блок вопросов по способам сохранения репродуктивного здоровья.

Информацией о репродуктивном здоровье не обладают и имеют неверные представления о безопасном половом поведении около 70 % респондентов. «Безопасными» сексуальные отношения в дни менструации считают 35 % студенток, около 50 % называют в качестве «защитных мероприятий» применение гормональной контрацепции и прерванного полового акта и только 10 % указали на презерватив, как метод предупреждения ИППП. 5 % студентов затруднились с ответом. На отсутствие доброй половой жизни или наличие одного постоянного полового партнёра не указал никто. Изучение сексуального поведения юношей и девушек выявило раннее начало половой жизни (15-17 лет), причинами которой явились любопытство к противоположному полу (40 %), любовь (35 %), вступление в брак (20 %), состояние алкогольного опьянения (5 %). Около 30 % студентов имели добрые

половые отношения с несколькими партнёрами; 20 % из них использовали презерватив постоянно, 30 % — иногда, половина (в большинстве, юноши) — не использовали вообще ничего. 120 студентов из 150 считают «физиологическим» началом половой жизни возраст 13-16 лет и связывают это с наступлением первой менструации. Поэтому неудивительно, что в анкетах не были названы неблагоприятные последствия ранней половой жизни для здоровья подростков.

Достаточно актуальными источниками медицинской информированности в студенческой среде остаются сверстники и старшие друзья (до 50 %). С помощью СМИ информационный «голод» утоляют 25 %, родителям и педагогам «доверяют» только 10-15 % студентов. Медицинских работников, как источник информации, не назвал никто, хотя именно специалистам подростки отдали бы предпочтение в получении медицинских знаний. Почти 70 % студентов не могли дать определение таким понятиям, как валеология, рациональное питание, гиподинамия, репродуктивное здоровье, контрацепция и бесплодный

брак; затруднялись назвать причины бесплодия, перечислить ИППП и осложнения аборт. Среди главных факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье человека, были названы только наркотики и алкоголь. Сложным для большинства студентов немедицинских ССУЗов оказалось назвать факторы здоровья и способы его сохранения.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о крайне недостаточных знаниях юношей и девушек по репродуктивному здоровью и способам его сохранения. Вместе с тем, проведенное анкетирование свидетельствует о высокой заинтересованности молодежи в получении достоверной информации от медицинских работников и педагогов-специалистов. Вся образовательная деятельность с родителями, педагогами и студентами должна проводиться на основании разработанных специалистами оздоровительных программ по профилактике негативных последствий раннего начала половой жизни, абортов и ИППП у подростков.

Ю.М. ЕВСЮКОВА, С.А. ПОПОВА АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА. ФАКТОРЫ РИСКА. ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель — С.И. Елгина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Апоплексия яичника обусловлена внезапным кровоизлиянием, сопровождающимся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость.

В гинекологическом отделении ГКБ № 3 в 2000-2002 г.г. на стационарном лечении находились 381 женщина в возрасте 15-40 лет с диагнозом апоплексия яичника, из них 69,3 % женщин — с болевой формой, 30,7 % — с анемической. При поступлении женщины предъявляли следующие жалобы: болевой синдром внизу живота или в одной из подвздошных областей — 96,5 %, нарушение менструального цикла — 15,2 %, субфебрильная температура — 27,2 %, рвота, потеря сознания — 10,4 %. Начало заболевания на фоне полного благополучия возникло у 236 женщин, после полового акта — у 110, после физической нагрузки — у 13, после акта дефекации — 10. Болевой приступ возник в первой половине менструального цикла у 4,4 % женщин, у остальных — в середине менструального цикла. 168 женщин не имели в анамнезе беременностей, 156 — были рожавшие, 57 — имели только аборты. Большинство женщин (76,1 %) перенесли гинекологические заболевания: хронический аднексит,

эрозию шейки матки, кисту яичника, внематочную беременность, бесплодие, дисфункциональные маточные кровотечения. Всем больным проведено клиничко-лабораторное, бактериологическое, ультразвуковое обследование, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, по показаниям — лапароскопия. У 107 женщин после проведения дополнительных методов исследования был поставлен диагноз апоплексия яичника, анемическая форма. Все женщины прооперированы в экстренном порядке, из них 98,2 % — в первые сутки поступления. 37 женщинам проведены эндоскопические органосохраняющие операции: коагуляция перфорационного отверстия. 80 женщинам произведена лапаротомия: резекция яичника, сальпингоэктомиа с резекцией яичника, ушивание перфорационного отверстия, энуклеация фиброматозного узла с резекцией яичника, удаление параовариальной кисты с резекцией яичника. Расширение объема оперативного вмешательства связано с сопутствующей патологией: внематочной беременностью, хроническим сальпингитом, параовариальной кистой, миомой матки с субсерозным расположением узла. Для предупреждения рецидива заболевания и

нарушения менструальной функции всем больным проводилось реабилитационное лечение, сначала в стационаре, затем в женской консультации: физиотерапия, витамины, гормональная контрацепция.

Таким образом, апоплексия яичника чаще наблюдается у молодых женщин репродуктивного возраста, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и возникает в середине менструального цикла.

С.И. ЕЛГИНА
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ
ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Медико-демографическая ситуация в Западно-Сибирском регионе характеризуется старением населения, сокращением продолжительности жизни, депопуляцией почти на всех территориях, суженным характером воспроизводства населения. Среди всех территорий Западно-Сибирского региона Кемеровская область больше всех отличается накопленностью медико-демографических проблем: самая высокая интенсивность и самый высокий темп убыли населения, суженный характер воспроизводства населения, «регрессивный» тип возрастной структуры населения с долей детей 21,7 % и долей лиц пожилого возраста — более 16 %. Характерной чертой является значительное сокращение уровня средней продолжительности жизни. Сегодня это единственный регион Западной Сибири, где половина женщин не доживают до 70-летнего возраста. Особую тревогу вызывает состояние репродуктивного здоровья девочек, которые будут поддерживать основной уровень рождаемости в первые десятилетия нового века.

Основным принципом сохранения медико-биологического потенциала рождаемости должен быть принцип сохранения репродуктивного здоровья каждой девочки, начиная с рождения, включая все этапы становления и реализации репродуктивной программы. На фоне бурных политических событий в нашей стране заметными, но недостаточно осознанными становятся процессы, которые, в конечном итоге, определяют наше будущее, так как касаются воспроизводства населения и связаны в большей степени с состоянием репродуктивного здоровья девочек-подростков.

Для оценки репродуктивного потенциала использованы следующие показатели: физическое развитие (рост стоя, масса тела, окружность грудной клетки), половое развитие, размеры костного таза. За интегрированный показатель репродуктивного здоровья принято становление

менструальной функции и основные ее параметры. Для решения поставленных задач обследовано 1560 девочек 7-17 лет, обучающихся в средних общеобразовательных школах г. Кемерово.

У 25 % обследованных девочек отмечено дисгармоничное физическое развитие. Школьницы вступали в период полового созревания в возрасте 10-11 лет. Последовательность появления вторичных половых признаков не нарушена. Окончательная степень выраженности вторичных половых признаков наступала к 15 годам. Максимальное несоответствие полового развития возрасту было отмечено у девочек 12 лет (44,3 %).

К окончанию пубертатного периода основные размеры таза, кроме *d. trochanterica*, не достигали соответствия размерам таза взрослой женщины. Отставание размеров таза от длины тела имели 35 % девочек. Появились девочки с нестандартными размерами таза. Средний возраст менархе у школьниц составил $12,6 \pm 0,5$ года. Менструальный цикл установился сразу у 75,1 %, через 6 месяцев — у 7,5 %, позднее — у 2,1 %, не установился — у 12,6 %, менархе на момент обследования было у 3,6 % девочек. 21-дневный менструальный цикл был наиболее редким (0,8 %). Пролонгированный менструальный цикл по частоте занимает первое место — 44,6 %. У большинства девочек длится от 2 до 5 дней. Пролонгированный менструальный цикл (6-7 и более дней) был у каждой десятой девочки.

Гинекологическая заболеваемость составила 21,9 %. В структуре гинекологических заболеваний первое место занимали воспалительные заболевания гениталий и нарушения менструального цикла.

Таким образом, в начале нового века в активную фазу репродукции вступит немногочисленная популяция, имеющая серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем. Сохранение репродуктивного женского населения — пробле-

ма сложная. Решение ее должно иметь несколько направлений: социальных, экономических и медицинских. Решение медицинской части проблемы сохранения репродуктивного здоровья женского населения мы видим в осуществлении принципа сохранения репродуктивного здо-

ровья каждой девочки, начиная с рождения. Практическим инструментом, с помощью которого можно решить проблему, является реализация разработанной нами программы «Охрана репродуктивного здоровья подрастающего поколения».

С.И. ЕЛГИНА
ДЕМОГРАФИЯ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
ДЕВОЧЕК ГОРНОЙ ШОРИИ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В средствах массовой информации и на страницах специальной литературы все более остро ставится вопрос об уменьшении численности коренных народностей Сибири. Необходимость самого серьезного отношения к положению малочисленных этносов очевидна. Список исчезающих малочисленных народов становится все больше и больше. Ни один народ, как бы он ни был мал по численности, не хочет исчезнуть с лица земли. Если численность населения не растет в мирное время, нет серьезных эпидемий, катастроф, — следовательно, есть причины, кроющиеся в условиях повседневного бытия, а эти причины управляемы.

Горная Шория — южная часть Кемеровской области. Численность шорцев по переписи 1897 г. составила 11674 человек, 1926 г. — 12600, 1959 г. — 14900, 1989 г. — 12585 человек, в 1998 г. в Горной Шории проживало всего 5062 шорца.

Целью настоящего исследования явилось изучение соматической патологии и репродуктивного здоровья девочек, проживающих в Горной Шории. Обследовано 189 девочек от 0 до 17 лет в поселках Ортон, Усть-Кабырза и г. Таштаголе. Изучены экстрагенитальные, гинекологические заболевания, менструальная функция и ее становление, определены группы здоровья.

Девочек 1-й группы здоровья было всего 17 % (32), 2-й группы — 59,2 % (112), 3-й группы — 23,8 % (45). Из заболеваний чаще всего встречались патология щитовидной железы (у 45,5 % девочек), заболевания желудочно-кишечного тракта (20,1 %), функциональная кардиопатия (14,3 %), заболевания нервной системы (6,9 %), железодефицитная анемия (5,3 %), нейроциркуляторная дистония (3,2 %), заболевания ЛОР-органов (2,7 %), заболевания мочевыводящих

путей (2,7 %), плоскостопие (1,1 %), витилиго (1,1 %), гипоталамический синдром (0,5 %), ожирение (0,5 %).

Среди гинекологических заболеваний чаще других диагностирована альгодисменорея — у 11,6% девочек, затем ювенильные кровотечения — у 2,1%, острый вульвовагинит — у 1,5%, эрозия шейки матки — у 0,5%, мастопатия — у 0,5%.

Средний возраст менархе составил 13,0 лет. Менструации установились сразу у 31 чел. (46,2 %), через 3-6 месяцев — у 9 (13,4 %), через год — у 4 (6,0 %), позднее 1 года — у 3 (4,5 %), не установились на момент осмотра — у 17 девочек (25,4 %). Менархе в момент обследования было у 3 девочек (4,5 %). Продолжительность менструального цикла 21 день отмечена у одной девочки (1,5 %), 22-27 дней — у 14 (20,9 %), 28-35 дней — у 33 (49,2 %), более 35 дней — у 16 (23,9 %). Умеренные менструации были у 55 девочек (82,1 %), полименорея отмечена у 10 (14,9 %), опсоменорея — у двоих (3,0 %). У большинства девочек (67,1 %) менструации продолжались 3-5 дней, у 23,9 % — 6-7 дней, у 7,5 % — более 7 дней, у одной девочки — 1-2 дня. Не имели менструаций в возрасте 16 лет и старше — 11 человек. Жили половой жизнью 15 девочек: одна — с 14 лет, три — с 15 лет, семь — с 16 лет, три — с 17 лет, одна — с 18 лет. Все они имели одного полового партнера, половина респонденток жили половой жизнью нерегулярно.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что на фоне неблагоприятных демографических показателей Горной Шории ухудшается репродуктивное здоровье девочек коренного населения. Это ставит вопрос о необходимости разработки системы охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Н. П. ЕРМАКОВА
СОСТОЯНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

МУЗ Многопрофильная детская клиническая больница, г. Кемерово

Сочетанное воспаление аппендикса и придатков матки, перенесенное в детском и подростковом возрасте, сказывается не только высокой частотой хронизации воспалительного процесса внутренних половых органов, но и высоким процентом нарушений менструальной функции в дальнейшем. После перенесенного аппендицита нарушения менструальной функции у девочек пубертатного возраста (нерегулярные менструации, гипоменструальный синдром, ювенильные кровотечения, вторичная аменорея) наблюдаются в 70-83 % случаев.

Целью исследования явилась сравнительная оценка состояния менструальной функции у женщин 18-25 лет, перенесших в детском возрасте аппендикулярно-генитальный синдром.

Были обследованы 74 женщины. Из них, 37 женщин в возрасте 5-14 лет перенесли аппендикулярно-генитальный синдром (основная группа), и 37 женщин, которым оперативные вмешательства на органах брюшной полости не производились (группа сравнения).

Средний возраст женщин на момент обследования составил $21,3 \pm 0,24$ лет в основной группе и $21,5 \pm 0,29$ лет – в группе сравнения ($P > 0,05$).

Изучение семейного анамнеза показало, что замужем были $21,6 \pm 6,77$ % пациенток основной группы и $27,0 \pm 7,29$ % – группы сравнения ($P > 0,05$); состояли в гражданском браке $37,8 \pm 7,97$ % женщин основной группы и $35,1 \pm 7,85$ % человек из группы сравнения ($P > 0,05$); не были замужем – $40,6 \pm 8,07$ % и $37,8 \pm 7,97$ %, соответственно ($P > 0,05$).

Студентками высших учебных заведений были $43,2 \pm 8,14$ % женщин основной группы и $45,9 \pm 8,19$ % – группы сравнения ($P > 0,05$); студентками техникумов – $21,6 \pm 6,77$ % и $18,9 \pm 6,44$ %, соответственно ($P > 0,05$); работающие женщины составили – $13,5 \pm 5,62$ % и $10,8 \pm 5,1$ % ($P > 0,05$), домохозяйки – $21,7 \pm 6,78$ % и $24,4 \pm 7,06$ % ($P > 0,05$).

Средний возраст менархе у обследуемых женщин составил $13,5 \pm 0,31$ лет в основной группе и $12,8 \pm 0,24$ – в группе сравнения ($P > 0,05$). Наименьший возраст менархе был 11 лет, наибольший – 16 лет. Средний гинекологический возраст на момент обследования составил $7,18 \pm 0,87$ лет в основной группе и $8,32 \pm 0,62$ – в группе сравнения ($P > 0,05$). Продолжительность одной менструации варьировала от 3 до 7 дней и составила,

в среднем, $5,32 \pm 0,16$ дней в основной группе и $5,33 \pm 0,14$ – в группе сравнения ($P > 0,05$).

Регулярный менструальный цикл с менархе отметили $5,4 \pm 3,72$ % женщин основной группы. В группе сравнения регулярный менструальный цикл с менархе отмечен у $59,6 \pm 8,07$ % ($P < 0,001$).

У $21,6 \pm 6,77$ % женщин, перенесших в детском возрасте аппендикулярно-генитальный синдром, установление регулярного менструального цикла произошло в течение первых двух лет с момента менархе, в группе сравнения – у $24,4 \pm 7,06$ %. У $73 \pm 7,29$ % женщин основной группы и у $16,2 \pm 6,06$ % женщин из группы сравнения к моменту обследования менструации носили нерегулярный характер ($P < 0,001$), при этом наименьший гинекологический возраст обследуемых составлял 4 года.

Нарушения менструального цикла у женщин основной группы чаще проявлялись в виде опсоменореи ($62,2 \pm 7,97$ %), с задержкой менструаций до 3-6 месяцев. У двоих обследованных ($5,4 \pm 3,72$ %) нарушение менструального цикла проявлялось в виде пройоменореи, с продолжительностью менструального цикла 19-21 день. Вторичная аменорея отмечена у двух женщин ($5,4 \pm 3,72$ %). В группе сравнения нарушения менструального цикла проявлялись в виде опсоменореи (4 пациентки или $10,8 \pm 5,1$ %, $P < 0,05$) или пройоменореи (2 или $5,4 \pm 3,72$ %, $P > 0,05$); вторичной аменореи не отмечено.

Гипоменструальный синдром у женщин основной группы диагностирован у трех женщин ($8,1 \pm 4,49$ %), у двоих из них гипоменструальный синдром сочетался с опсоменореей; в группе сравнения – не диагностирован.

Болезненные менструации отмечены у $59,5 \pm 8,07$ % женщин основной группы. При этом альгоменорея I-й степени с умеренно выраженным болевым синдромом была выявлена у 4-х пациенток (18,2%); альгоменорея II-й степени с выраженным болевым синдромом, требующим приема анальгетических препаратов, – у 16 (72,7 %); альгоменорея III-й степени, сопровождающаяся вегетативными проявлениями, – у двоих (9,1 %). В группе сравнения болезненные менструации встречались у $45,9 \pm 8,18$ % ($P > 0,05$) обследованных – альгоменорея I-й степени – у троих женщин (17,6 %), II-й степени – у 13 (76,5 %) III-й степени – у одной (5,9 %).

Таким образом, нарушения менструальной функции у женщин, перенесших в детском возрасте аппендикулярно-генитальный синдром, встреча-

ются достоверно чаще, чем у женщин, которым оперативные вмешательства на органах брюшной полости не проводились.

О.Б. ИВАНОВА
НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ
ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ
В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Предупреждение нежелательной беременности — одно из основных направлений охраны репродуктивного здоровья молодежи. Однако до настоящего времени нередко наблюдается негативное отношение к вопросам планирования семьи. Россия занимает предпоследнее место среди развитых стран по распространенности современных противозачаточных средств. В частности, современные гормональные средства контрацепции в нашей стране используют всего 7,4 % женщин детородного возраста. Тогда как в странах Европы 70 % женщин в возрасте до 24 лет отдают предпочтение комбинированным оральным контрацептивам. Все это привело к тому, что до настоящего времени в нашем государстве основным методом регуляции рождаемости остается искусственный аборт. Данная проблема уже приобрела поистине национальный характер, что особенно заметно на фоне низкой рождаемости. В настоящее время в России из 10 беременностей 7 завершаются абортами и только 3 — родами, каждый десятый аборт производится у лиц в возрасте до 19 лет. При этом сохраняется высокий уровень осложнений после аборт, в результате чего более 70 % женщин страдают хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, высок уровень эндокринных нарушений, невынашивания беременности и бесплодия [Кулаков В.И. и др., 2001].

Целью работы явилось изучение частоты и способов применения наиболее эффективных методов гормональной контрацепции среди наиболее информированной части молодежи. Для достижения поставленной цели было проведено выборочное, анонимное и добровольное анкетирование 92 студенток города Кемерово, обучающихся в высших учебных заведениях. Результаты анкетирования показали, что методы контрацепции использовали 80 женщин (86,9 %), не использовали — 12 (13,0 %). Из методов контрацепции наиболее популярной среди студенток оказалась гормональная, которую применяли 51,1 % (47 из 92) из числа опрошенных, или 58,75 % из числа использующих методы контрацепции.

На первый взгляд, полученные данные внушают определенный оптимизм, так как выгодно отличаются от средних по области. Однако при более глубоком анализе можно отметить, что 44,7 % (21) студенток применяли современные комбинированные оральные контрацептивы 3-го поколения (таблица). Регулярно использовали постинор четверо (8,5 %), ригевидон — 14,9 % из числа опрошенных.

Современные принципы индивидуального подбора контрацептивов предусматривают в качестве первого выбора препараты с минимальной дозой эстрогенов и гестагенов последнего поколения, что обеспечивает хорошую переносимость и контроль цикла. Поэтому, выбор в качестве первого контрацептива для молодых женщин ригевидона или овидона, не совсем оправдан, что и подтверждается высокой частотой побочных явлений при их приеме. В частности, 12 (25,5 %) студенток, ранее применявших гормональную контрацепцию, вынуждены были от нее отказаться из-за увеличения массы тела и ряда других побочных реакций, обусловленных неправильным выбором препарата.

Таблица
Применяемые гормональные препараты

Название используемого препарата	Количество	%
Три-мерси	9	19,1
Ригевидон	7	14,9
Три-регол	5	10,6
Марвелон, Постинор	4	8,5
Логест, Тризистон	3	6,4
Мерсилон, Минизистон, Диане-35	2	4,3
Жанин, Регулон, Фемоден, Овидон, Норплант, Экссклютон	1	2,1
Всего:	47	100,0

Следует отметить, что 29 (31,5 %) студенток имели в анамнезе один аборт, 16 (17,4 %) — два и более аборт. У шести опрошенных послеабортный период осложнялся развитием эндометрита и у 5 — острым сальпингитом. Помимо этого, трое отмечали наличие самопроизвольных аборт, двое — внематочной беременности.

Полученные данные в целом выгодно отличаются от среднестатистических, однако, учитывая отмеченные недостатки в выборе контрацептивов, высокую частоту абортотворения и, к сожалению, в том числе неоднократных абортотворения, можно сделать вывод, что

проблема контрацепции весьма далека от своего решения даже среди наиболее информированной части молодежи. Все это свидетельствует о необходимости проведения целенаправленной работы по профилактике подобных негативных явлений.

О.Б. ИВАНОВА, Т.А. ИВАНЧИНА
КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ
ПРОВЕДЕНИЯ МАССИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Научный руководитель – Уткин Е.В.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 2, г. Кемерово*

Рациональная терапия воспалительных заболеваний женских половых органов до настоящего времени остается актуальной проблемой. Значительно осложняет данный вопрос полимикробная этиология современного воспалительного процесса, требующая проведения массивной антибактериальной терапии с применением комбинации из 2-3 антибиотиков широкого спектра действия. Подобная терапия оказывает отрицательное влияние на нормальную влагалищную микрофлору и предрасполагает к развитию дисбиоза влагалища. Профилактика и лечение подобного осложнения основывается на принципах создания оптимальной физиологической среды во влагалище и восстановления его нормального биоценоза.

С целью восстановления микробиоценоза влагалища после проведения комплексной противовоспалительной терапии применялся препарат жлемик, который представляет собой лиофилизированные живые лактобактерии (*Lactobacillus acidophilus* A4 и *Lactobacillus acidophilus* B2), выделенные из влагалища здоровых женщин и обладающие высокой адгезивной способностью [Коршунов В.М. и др., 1999]. Лечение было проведено 29 пациенткам пос-

ле перенесенного острого воспалительного процесса придатков матки. Состояние биоценоза влагалища до применения жлемика у всех 29 пациенток соответствовало вагиниту по классификации Е.Ф. Кира (1995). Препарат вводился во влагалище 1 раз в день в течение 14 дней в виде вагинальных свечей или на тампонах. Разовая доза составляла 5,0 x 10⁸ микробных тел на прием.

Эффективность лечения оценивалась по субъективным ощущениям женщин, а также по видовому и количественному составу микрофлоры влагалища. Непосредственный положительный эффект от проводимой терапии был констатирован в 96,55 % случаев (у 28 больных). При этом к моменту клинического выздоровления у большинства обследованных (89,65 %) состояние биоценоза влагалища соответствовало параметрам нормоценоза, у двоих (6,9 %) определялся промежуточный тип и у одной женщины оставались клинические признаки дисбиоза влагалища.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования препарата жлемик для коррекции дисбиозов половой системы женщин, после проведения массивной антибактериальной терапии.

С.В. КАЛЕНТЬЕВА
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КАРДИОРИТМА В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ИНДИВИДУАЛЬНО-ГОДИЧНОГО ЦИКЛА
ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель – Н.А. Барбараш
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Многопрофильная детская клиническая больница, г. Кемерово*

Ритмичность физиологических функций, в том числе вариабельность ритма сердца (ВРС), является одной из форм приспособ-

ления организма к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды, что характерно для течения родового процесса.

Целью исследования явилось изучение вариабельности кардиоритма и уровня адапционно-приспособительных процессов организма первобеременных рожениц в зависимости от их индивидуально-годового цикла (ИГЦ).

У 280 первобеременных рожениц проведено исследование вариабельности ритма сердца. Все женщины были разделены на 4 группы: роды в I, II, III и IV триместрах ИГЦ.

Анализируя кардиоритмограммы, выявлено, что показатели ВРС, характеризующие адаптационные возможности организма, отличаются в зависимости от триместра ИГЦ первобеременной роженицы.

В I-м триместре имела место общая депрессия спектра (наиболее в 3-м месяце) и дискорреляция компонентов спектра (1-й и 2-й месяцы), а также нагрузочный и постронагрузочный энергодифицит (1-й месяц). В режиме управления доминировал центральный контур регуляции при высокой активности автономного (2-й месяц). Компенсаторно-приспособительные реакции организма были снижены (наиболее в 1-м месяце).

Во II-м триместре имел место феномен «энергетической складки» (наиболее — в 6-м месяце), который является неблагоприятным прог-

ностическим признаком для исхода родов, как для матери, так и для плода. В режиме управления доминировал автономный контур регуляции (6-й месяц). Компенсаторно-приспособительные реакции организма у данной категории женщин были низкими (наиболее — в 4-м месяце).

В III-м триместре регистрировался приподнятый спектр (наиболее — в 7-м месяце). В режиме управления доминировал центральный контур регуляции (8-й и 9-й месяцы). Все это обеспечило хорошие адаптационные возможности организма матери к физическим и психическим нагрузкам во время родового акта.

В IV-м триместре показатели варьировали в широких пределах, но чаще диагностировалась низкая адаптация организма к нагрузкам.

Таким образом, адапционно-приспособительные процессы организма варьируют в зависимости от ИГЦ первобеременных рожениц. Наиболее благоприятным в плане адаптационных процессов в функциональной системе мать-плод при беременности и в родах является III-й триместр ИГЦ матери, что подтверждается наименьшим количеством осложнений и лучшими исходами родов для матери и ее потомства.

Н.В. КОПЫТИНА ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ РОДИЛЬНИЦ

Научный руководитель — Т.Ю. Трачук

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Состояние здоровья матери, осложнения беременности и родов в значительной степени (86,6 %) определяют перинатальные потери и заболеваемость новорожденных.

Целью исследования явилась оценка динамики состояния здоровья беременных в условиях длительного периода экономической нестабильности и воздействия стрессовых факторов окружающей среды (1991 и 2001 гг.). Методом случайной выкопировки были отобраны 200 историй родов. Использованы архивные данные Областного клинического родильного дома.

Наибольший удельный вес среди родильниц в 1991 году приходился на возрастную группу 20-24 лет (43 %). В 2001 году доля матерей в этом возрасте уменьшилась на 5 %, за счет роста числа родильниц в возрастной группе до 19 лет и старше 35 лет.

10 лет назад доля работающих женщин превышала долю домохозяек в 5 раз. В настоящее

время этот разрыв сократился в 1,6 раз. Происходит выравнивание соотношения городских и сельских жителей. В 2001 году это соотношение составило 55 % и 45 % (в 1991 году — 68 % и 32 %, соответственно). Отмечается рост внебрачной рождаемости. Дети, родившиеся от матерей, состоящих в незарегистрированном браке, в 1991 г. составили 5 % от общего числа новорожденных, а в 2001 г. — 22 %. Кроме того, увеличилось число матерей-одиночек. Отмечается рост количества курящих родильниц — в 2 раза (с 8 % до 16 %).

Количество пациенток с экстрагенитальной патологией существенно не изменилось, однако отмечены различия в структуре соматических заболеваний. Так, отмечается рост удельного веса заболеваний ЛОР-органов (на 3,4 %), болезней дыхательной системы (на 0,4 %), пиелонефритов (на 0,9 %), мочекаменной болезни (на 0,4 %). Следует отметить увеличение частоты язвенной

болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивных гастритов — на 1 %. Чаще стали встречаться пороки митрального клапана (на 2,8 %), гипертоническая и варикозная болезни (на 3,8 % и 1,9 %, соответственно).

Изменилось отношение к планированию семьи. В 1991 г. большинство женщин не применяли контрацепции (83 %), лишь 3 % использовали внутриматочные контрацептивы и 11 % — барьерные методы. В 2001 г. отмечается рост осведомленности женщин: 10,6 % применяли комбинированные оральные контрацептивы, 13,5 % — внутриматочные контрацептивы, 15,4 % — барьерные методы, 0,9 % — подкожные имплантанты (норплант). В то же время 50,6 % отрицали использование какого-либо метода контрацепции.

В настоящее время отмечается более ранний возраст менархе (13 и 14,6 лет, соответственно) и начала половой жизни (до 15 лет). Возросло количество повторнородящих — на 10 %.

К 2001 г. отмечено некоторое снижение числа аборт (на 4,6 %), однако возросло количество выкидышей (на 6 %) и внематочных беременностей (на 0,3 %). На 5 % увеличилось число беременных с рубцом на матке. Чаще регистрируются эрозии шейки матки (27 % и 16 %), хронические воспалительные процессы гениталий (30 % и 17 %), в том числе специфической этиологии. Отмечается рост заболеваемости сифилисом — на 3,3 %.

В 2001 г. все беременности протекали с осложнениями. Чаще регистрировались угроза прерывания (26,7 %), многоводие (3,8 %), маловодие (2,3 %). Частота гестозов осталась прежней, увеличилась инфекционная заболеваемость беременных, в том числе туберкулезом — на 5,5 %.

Возросло количество оперативных родоразрешений. Операцией кесарево сечение родоразрешены 24 % пациенток (в 1991 г. — 18 %). Если в 1991 г. показанием к операции чаще являлась экстрагенитальная патология (врожденные пороки сердца, заболевания нервной системы, миопия с дегенерацией сетчатки), то в настоящее время — дискоординированная родовая деятельность, неподдающаяся медикаментозной коррекции. Следует отметить уменьшение количества длительных родов (в 2001 г. — 5,2 %, в 1991 г. — 28 %).

Из осложнений родов следует отметить увеличение удельного веса аномалий родовой деятельности — родового излития околоплодных вод (на 5,4 %), дискоординации родовой деятельности (на 1,2 %), слабости потуг (на 1 %). Увеличился и удельный вес родового материнского травматизма (1991 г. — 50,4 %, 2001 г. — 57,9 %).

Кровопотеря в большинстве случаев не превышала физиологическую.

Течение послеродового периода у большинства пациенток было неосложненным (69 % и 70,3 %). В 2001 г. чаще стали встречаться серомы послеоперационного шва (14,3 % и 0 %), частота лохиометры уменьшилась в 4 раза, к минимуму сведен диастаз швов промежности (1,1 %), частота субинволюции матки — без динамики.

Таким образом, можно отметить изменения в социальных, возрастных и психологических показателях: массовое распространение малолетности, откладывание срока рождения первого ребенка, рост внебрачной рождаемости. Ухудшается состояние здоровья беременных. Это следует учитывать в вопросах организации и принципов оказания акушерско-гинекологической помощи.

Н.В. КОПЫТИНА

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА, ТРЕБУЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Общая заболеваемость среди населения Кемеровской области за последние 10 лет увеличилась на 8,4 %, в том числе на 3,4 % возросли болезни эндокринной системы. Патология щитовидной железы является наиболее частой в структуре эндокринных заболеваний. Причем у женщин, в том числе репродуктивного возраста, тиреоидная патология встречается в 4-5 раз чаще, чем у мужчин.

Нарушения в тиреоидном гомеостазе влекут за собой отклонения в репродуктивной системе. Наиболее выраженные гормональные изменения в организме наблюдаются при диффузном токсическом зобе, особенно у лиц, подвергающихся хирургическому лечению. В литературе нет данных, отражающих число женщин, оперируемых по поводу диффузного токсического зоба.

Цель исследования: Изучить динамику распространенности диффузного токсического зоба, требующего хирургического лечения (далее по тексту – ДТЗХЛ), среди женского населения г. Кемерово.

Методы исследования. Для оценки распространенности ДТЗХЛ у женщин проведен анализ операционного материала основных лечебных учреждений г. Кемерово, в которых оказывается хирургическая помощь больным с патологией щитовидной железы (Кемеровская областная клиническая больница, Кемеровский областной клинический онкологический диспансер) за 1999-2001 гг.

Морфологическая верификация диффузного токсического зоба проведена в Кемеровском областном патологоанатомическом бюро.

Результаты исследования. Общая распространенность ДТЗХЛ среди женского населения г. Кемерово за 1994-2001 года составила $5,76 \pm 0,73$ случаев на 100 тыс. населения.

У женщин репродуктивного возраста (15-44 лет) она колебалась от 1,57 до 5,95, составляя, в среднем за год, $4,03 \pm 0,4$ случаев на 100 тыс. населения. Причем, распространенность в возрастной группе 25-34 лет оказалась наибольшей и составила $5,99 \pm 1,4$ случаев на 100 тыс. населения.

Распространенность ДТЗХЛ у женщин в перименопаузе (45-49 лет) колебалась от 4,04 до 12,2, составляя за год, в среднем, $8,12 \pm 4,0$ случаев на 100 тыс. населения.

В ранней постменопаузе (50-54 года) число операций при диффузном токсическом зобе колебалось от 9,73 до 13,67, составляя, в среднем за год, $11,7 \pm 0,19$ случаев на 100 тыс. населения.

У женщин поздней менопаузы (55 лет и старше) распространенность ДТЗХЛ колебалась от 5,80 до 7,36, составляя, в среднем за год, $6,58 \pm 0,45$ случаев на 100 тыс. населения.

Выводы: За период 1994-2001 гг. у женщин г. Кемерово отмечается рост распространенности диффузного токсического зоба, требующего хирургического лечения, от $2,69 \pm 1,1$ до $7,27 \pm 1,7$ случаев на 100 тыс. населения.

Самое высокое число оперированных женщин наблюдалось в периодах перименопаузы и ранней менопаузы. Максимальное количество фертильных женщин подвергались оперативному лечению в возрасте от 25 до 34 лет.

Полученные результаты подтверждают важную роль гормональных сдвигов в генезе тиреотоксического зоба у женщин.

Ю.В. КОЧЕРГИНА МИОМА МАТКИ У ЖИТЕЛЬНИЦ г. КЕМЕРОВО

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Известно, что каждая 4-5-я женщина в мире страдает миомой матки. Существовало мнение, что миома матки – болезнь женщин пременопаузального возраста. В настоящее время отмечено «омоложение» этого заболевания, которое нередко обнаруживают в 20-30-летнем возрасте. Несмотря на значительный прогресс в исследовании заболевания и многочисленные гипотезы, объясняющие его возникновение и течение, миома матки продолжает оставаться наиболее частой причиной операций в гинекологии. Вопрос о влиянии некоторых факторов на развитие миомы матки представляет особую актуальность, в связи с увеличением радикальных операций, после которых женщины лишаются не только детородной и менструальной функций, у них часто развивается психовегетативный синдром. Считается, что важную роль в патогенезе возникновения миомы матки играет ЦНС, которая регулирует и обеспечивает единство всех органов и систем человека. По мнению М.А. Флоровой (2001), миома матки – это результат сбоя в физиологическом процессе

регенерации, причина которого в парасимпатическом дисбалансе.

Целью исследования явилось изучение распространенности заболеваемости миомой матки у женщин г. Кемерово. Исследование проведено на базе женской консультации № 1, где на диспансерном учете с диагнозом «Миома тела матки» состоят 246 женщин в возрасте 26-60 лет.

Основными жалобами, предъявляемыми пациентками, были боли внизу живота (40,2 %), нарушения менструального цикла (19,5 %), гиперполименорея (12,6 %), запоры (6,5 %), учащенное мочеиспускание (4,9 %), слабость, быстрая утомляемость, головокружение (4,9 %), бесплодие (0,4 %), субфебрилитет (0,4 %).

Из экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались патология ЖКТ, хроническая анемия, заболевания эндокринной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой систем, молочных желез, костно-мышечного аппарата, ЛОР-органов и дыхательных путей. Оперативные вмешательства в анамнезе имели 26 % женщин: внематочная беременность, секторальная

резекция или удаление молочной железы, кесарево сечение, консервативная миомэктомия, клиновидная резекция и резекция яичников, пластика опущенных стенок влагалища, ушивание перфоративного отверстия на матке, удаление полипомы и папиллярной гемангиомы влагалища, холецистэктомия, резекция щитовидной железы, аппендэктомия, удаление аневризмы головного мозга.

Гинекологические заболевания перенесли 91,4 % женщин, среди них преобладали дрожжевой кольпит, эрозия шейки матки, хронический метроэндометрит и аднексит, гиперплазия и полип эндометрия, бактериальный вагиноз, ИППП, бесплодие, полип цервикального канала, кисты яичников, бартолинит.

При оценке менструальной функции выявлено, что для женщин, страдающих миомой матки, наиболее характерен ранний или поздний возраст менархе (52 %), полименорея (14,4 %), гиперменорея (22,4 %). В менопаузе находились 13,4 % женщин.

Для уточнения диагноза проводились УЗИ, кольпоскопия, гистероскопия, МСГ, КТ, раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, мазки на мик-

рофлору и цитологию, биохимическое и гормональное исследование крови.

По результату гистологического исследования соскобов наиболее часто имели место: в цервикальном канале — железисто-фиброзный полип, в полости матки — железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. После выскабливания 86,6 % женщин получали консервативное лечение, из них 25,6 % — гормональную терапию прогестинами. Оперативное лечение проведено у 8,9 % женщин: экстирпация матки (5,3 %), консервативная миомэктомия (2,4 %), надвлагалищная ампутация матки (1,2 %).

Таким образом, наиболее частым проявлением миомы матки являются нарушения менструального цикла. Каждая четвертая женщина ранее имела оперативные вмешательства, гинекологическую и экстрагенитальную патологию, поэтому данная проблема среди женского населения актуальна. В связи с этим основная роль в снижении риска заболевания миомой матки отводится разработке лечебно-профилактических мероприятий, направленных на устранение факторов, способствующих росту и развитию фиброматозных узлов и стойких циркуляторных дистрофий миометрия.

Н.В. КРАСНОВА, А.И. АРТАМОНОВА РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель — Г.В. Артамонова
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 2, г. Кемерово*

В настоящее время исследования по оценке состояния репродуктивного здоровья женщин старшего возраста представляются актуальными, в связи с высоким уровнем распространенности рака эндометрия.

С целью выявления факторов риска ГПЭ и рака эндометрия проводилось анкетирование 300 пациенток в возрасте старше 40 лет, проживающих в г. Кемерово. Установлено, что более половины женщин (66 %) имеет (либо имели) вредные производственные факторы на рабочем месте, 12 % женщин курят. Медицинские абортс проводились у 88 % опрошенных. Наследственность по онкопатологии женских половых органов, молочных желез и органов желудочно-кишечного тракта отягощена у 12-13 %. Среди опрошенных 41 % женщин имеют избыточное питание, у 33 % — ожирение I-III ст. Заболевания печени и желчного пузыря встречаются в 40 % случаев, щитовидной железы — в 35 %, молоч-

ных желез — в 23 %, гипертоническая болезнь — в 41 %, сахарный диабет — у 6 % женщин. По данным Стрижакова А.Н. с соавт. (2000), Мельниченко Г.А. (2001), эти заболевания являются факторами риска возникновения гиперпластических процессов и рака эндометрия.

Женщинам в возрасте перименопаузы рекомендуется ежегодное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. На современном этапе ультразвуковая диагностика внутриматочной патологии не представляет трудностей. Метод недорогой, безболезненный, неинвазивный, доступен широкому кругу населения. В последнее время применяются также эхогистероскопия, УЗИ с цветным доплеровским картированием.

В отделении ультразвуковой диагностики МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово в 2002 г. были обследованы 936 женщин в возрасте 40-78 лет.

У 161 пациентки выявлены ультразвуковые признаки гиперпластических процессов или рака

эндометрия, что составило 17,2 %. В группе женщин, у которых выявлены признаки ГПЭ с помощью УЗИ, проведен социологический опрос, который включал вопросы, касающиеся сопутствующих заболеваний, периодичности посещения гинеколога и прохождения УЗИ органов малого таза, жалоб на свое здоровье.

В результате установлено, что 39,7 % женщин не предъявляли каких-либо жалоб на свое здоровье. Выявленные ГПЭ при УЗИ были случайной находкой. Обращает на себя внимание, что 29,5 % женщин никогда не проходили УЗИ органов малого таза, только 23,4 % пациенток посещали гинеколога более одного года назад, 6 % женщин никогда не посещали гинеколога. В анамнезе 43,4 % женщин имели диагностические выскабливания полости матки по поводу различных патологических состояний. По данным опроса, у 37,4 % женщин встречается, фибромиома тела матки, страдают бесплодием 2,6 % женщин, заболевания молочных желез установлено у 38,2% женщин.

Среди сопутствующих заболеваний чаще встречаются гипертония (34,7 %), болезни печени (22,6 %), заболевания щитовидной железы (10,4 %), сахарный диабет (5,2 %). Избыточная масса тела выявлена у 21,7 % женщин.

В дальнейшем все пациентки, у которых при УЗИ органов малого таза выявлены ГПЭ или подозрение на рак эндометрия (161), направлены в женскую консультацию для постановки на диспансерный учет у гинеколога. В последующем им проводилось диагностическое выскабливание полости матки с морфологическим исследованием, ультразвуковой контроль. Совпадение «ультразвукового» и морфологического диагнозов составило для патологии эндометрия гиперпластического характера 89,2 %. Для 3 % исследований данные морфологии сомнительны и требуют уточнения.

Комплексное УЗИ репродуктивной системы (УЗИ молочной и щитовидной железы) проведено у 56 пациенток. Выявлено, что ГПЭ сочетаются с патологией молочной железы в 25 % случаев, с патологией щитовидной железы – в 9 %. У 66 % женщин ГПЭ выявлены на фоне патологии молочной и щитовидной железы. Для женщин этой группы проводился УЗИ-контроль, консультация маммолога, эндокринолога, гинеколога-эндокринолога.

Полученные результаты анкетирования свидетельствуют о значительном распространении факторов риска развития гиперпластических процессов и рака эндометрия среди женщин в возрасте старше 40 лет. Дальнейшие ультразвуковые исследования подтвердили их высокую роль в возникновении онкопатологии репродуктивной системы женщин. Обращает внимание, что в перечень обследований при прохождении профилактических медицинских осмотров не включены ультразвуковые методы исследования, что снижает эффективность раннего выявления рака. У пациенток, как правило, нет настороженности по поводу возможного развития заболеваний эндометрия, отсутствует информированность о необходимости ежегодного ультразвукового исследования органов репродуктивной системы. Особую роль в выявлении факторов риска развития гиперпластических процессов (ГПЭ) и рака эндометрия играет врач первичного звена, который, наблюдая пациенток с различными соматическими заболеваниями, должен проявлять онкологическую настороженность, применительно к органам репродуктивной системы.

В связи с этим, в ЛПУ необходимо усилить работу по организации мониторинга за состоянием репродуктивного здоровья женщин в возрасте старше 40 лет.

М.В. КУЗНЕЦОВА, С.И. ЕЛГИНА
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ,
ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

Научный руководитель – Г.А. Ушакова

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Воспалительные заболевания придатков матки занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин нарушений репродуктивного здоровья женщин. Среди воспалительных процессов женских половых органов ведущая роль принадлежит гнойной ин-

фекции, которую отличают длительное прогрессирующее течение, склонность к рецидивам, высокая частота полиорганных осложнений.

В основу работы положены результаты обследования и лечения 68 пациенток, госпитализированных по неотложным показаниям в МУЗ ГКБ № 3 в 2002 году, в возрасте от 15 до 71 го-

да, с диагнозом перитонит или пельвиоперитонит. Большинство пациенток находились в репродуктивном периоде. У 80,4 % в анамнезе были роды. Первичное бесплодие имело место у 7,4 % пациенток. Предохранялись от нежелательной беременности 54,4 % женщин, из них 36,8 % использовали внутриматочную контрацепцию. Обращает на себя внимание тот факт, что 82,4 % женщин имели в анамнезе воспалительные заболевания женских половых органов, 20,6 % перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Аборты в анамнезе были у 82,4 % пациенток. Большинство больных связывали начало воспалительного процесса с менструацией, переохлаждением, введением внутриматочного контрацептива, гистеросальпингографией, искусственным прерыванием беременности. У всех женщин ведущими клиническими проявлениями были интоксикационный и абдоминально-болевой синдромы. Для уточнения диагноза проводились дополни-

тельные методы исследования: УЗИ органов малого таза, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, диагностическая лапароскопия, бактериологическое и бактериоскопическое исследование. Лечение у всех пациенток включало антибактериальную, дезинтоксикационную, иммуномоделирующую, анальгезирующую терапию, методы экстракорпоральной гемокоррекции. Оперативное лечение в экстренном порядке было проведено 22 пациенткам (32,4 %): экстирпация матки с придатками, двухсторонняя аднексэктомия, двухсторонняя сальпингоэктомия, односторонняя сальпингоэктомия, пункция гнойника под контролем УЗИ. Использование комплексной терапии гнойных tuboовариальных образований придатков матки, с включением пункции гнойника и экстракорпоральных методов гемокоррекции, позволило снизить выполнение радикальных хирургических вмешательств у женщин репродуктивного возраста.

О.Г. ЛОБАНОВА
УЗИ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ
РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Научные руководители – В.В. Щетинин, Г.И. Колпинский
Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово

Распознавание ретроцервикального эндометриоза, как и других локализаций этого заболевания, сопряжена с массовой гиподиагностикой. Хотя эхопризнаки позадишеечного эндометриоза нельзя отнести к числу ярких, бросающихся в глаза симптомов, клиническая картина имеет довольно субъективные специфические проявления, что позволяет заподозрить именно эту локализацию патологического процесса. Больные предъявляют жалобы на резкие, приступообразные боли накануне и во время менструации, иррадиирующие в крестец, прямую кишку, влагалище, часто в бедро. У 60-70 % женщин альгодисменорея сопровождается общей слабостью, эмоциональной лабильностью, головокружением, учащенным мочеиспусканием, метеоризмом и запорами. Отмечается резкая болезненность при половых контактах, в меньшей степени при дефекации.

Нами было обследовано 68 женщин в возрасте от 19-52 лет с подозрением на ретроцервикальную локализацию эндометриоза. Обследование проводилось с помощью УЗ-сканера АЛОКА-650, с использованием трансабдоминального (3,5 МГц) и трансвагинального (5 МГц) датчиков. Всем пациентам про-

водилось обследование во вторую фазу менструального цикла (за 3-4 дня до ожидаемой менструации). Отбор обследуемых женщин проводился по принципу: наличие в анамнезе той или иной степени выраженности типичных клинических проявлений ретроцервикального эндометриоза, а также данных гинекологического осмотра, включающих наличие плотного болезненного патологического образования в позадишеечном пространстве, либо болезненность при пальпации шейки матки.

В результате ультразвукового обследования в условиях нивелировки оптических плотностей и полипозиционным сканированием диагноз ретроцервикального эндометриоза подтвержден у 42 (61,8 %) женщин. Эхографически это проявлялось наличием высокой эхогенности (часто с акустической тенью) патологических образований, расположенных вдоль задней стенки шейки матки, форма очагов неправильная овоидная, контуры неровные, тяжистые за счет сопутствующих рубцовых изменений, размеры очагов варьировали от 4 мм до 30 мм в диаметре. У 26 (38,2 %) пациенток диагноз ретроцервикального эндометриоза был отвергнут и диагностированы другие гинекологические заболевания.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что УЗИ является первоочередным и неотъемлемым методом диагности-

ки в скрининговом обследовании пациентов с подозрением на ретроцервикальный эндометриоз.

О.Г. ЛОБАНОВА
КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ
МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Научные руководители – В.В. Щетинин, Г.И. Колпинский
Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово

Для диагностики и определения степени распространенности ретроцервикального эндометриоза в настоящее время используются несколько методов лучевой диагностики. Это трансабдоминальное, трансвагинальное УЗИ, магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ).

Огромное значение отводится ультразвуковому методу. Практика показывает, что последовательное комплексное трансабдоминальное и трансвагинальное УЗ-сканирование позволяют более точно оценить характер поражения. Преимуществом ультразвукового метода является оптимальная визуализация даже I-II ст. позадишеечного эндометриоза. Трансвагинальное УЗИ позволяет выявить минимальные эндометриоидные включения (3-7 мм в диаметре), подробно оценить структуру, форму, контуры, локализацию гетеротопий, а также оценить выраженность фиброзных изменений, как в участке эндометриоза, так и вокруг него. Достоинством УЗИ является доступность и отсутствие лучевой нагрузки.

Диагностическая значимость МРТ особенно актуальна при III-IV ст. ретроцервикального эндометриоза, так как позволяет детально оценить степень распространенности и инвазии в окружающие ткани и органы, которые при УЗ-сканиро-

вании не визуализируется. Недостатками МРТ является низкая информативность в диагностике «малых» форм ретроцервикального эндометриоза, высокая стоимость и недостаточная распространенность МР-томографов.

КТ является эффективным методом диагностики тяжелых форм эндометриоза, эндометриоидных кист и ретроцервикального эндометриоза III-IV ст., но сопряжена с трудностями в подготовке пациентов и лучевой нагрузкой. При I-II ст. и «малых» формах позадишеечного эндометриоза диагностическая ценность КТ ниже таковой УЗИ.

Сравнительная характеристика полученных данных о диагностической эффективности лучевых методов исследования при различных формах и степенях распространения ретроцервикального эндометриоза показала, что УЗИ является наиболее информативным методом в диагностике ранних I-II ст. и минимальных форм позадишеечного эндометриоза. При III-IV ст. диагностические возможности УЗИ приравнены к возможностям КТ и МРТ. Основными показаниями для МРТ является уточнение локализации и степени распространенности ретроцервикального эндометриоза. КТ занимает 3-е место в диагностическом алгоритме и используется как уточняющий метод исследования после УЗИ и МРТ.

А.Н. ОВЧИННИКОВА, А.Н. ТУТОВА
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель – Ю.М. Миняева
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Ранняя диагностика внематочной беременности (ВБ) имеет большое значение в предотвращении серьезных осложнений, угрожающих жизни женщины, и в плане

терапии еще прогрессирующей ВБ. Эффективность терапии зависит от своевременности диагностики. Ранняя диагностика позволяет чаще применять органосохраняющие опера-

ции, а в ряде случаев и консервативные методы лечения.

Целью данной работы явилась оценка информативности комплекса методов ранней диагностики ВБ. Работа проведена на базе МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово в гинекологическом отделении в период 2000-2002 гг. Было проанализировано 69 случаев ВБ. С целью комплексной диагностики ВБ проводились клинико-лабораторное обследование, методы ультразвуковой диагностики органов малого таза (УЗИ), пункция брюшной полости через задний свод влагалища, выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба, определение хорианического гонадотропина (ХГ) в моче, в отдельных случаях — лапароскопия.

При пункции брюшной полости гемолизированная кровь была получена у 54 (78 %) женщин. Гистологический результат диагностического выскабливания полости матки показал, что в 8 (12 %) случаях была децидуальная

ткань. Результаты данных УЗИ при подозрении на внематочную беременность разноречивы. При УЗИ только у 6 (9 %) женщин было обнаружено плодное яйцо в маточной трубе. Ультразвуковые косвенные признаки ВБ обнаружены в 20 (29 %) случаях, «свободная жидкость» — у 22 (32 %); из них у 7 (10 %) определялись неоднородные образования придатков матки, у 1 (2 %) — признаки гиперплазии эндометрия, и у 14 (20 %) — только «свободная жидкость». Визуализировался плацентарный полип у 1 (2 %), а в 17 (25 %) случаях признаков ВБ не обнаружено. 25 (42 %) женщинам, как метод диагностики, была проведена лапароскопия. Во всех этих случаях диагноз был установлен абсолютно точно, поэтому этим женщинам одновременно было проведено хирургическое лечение лапароскопическим методом. Таким образом, наиболее информативным методом диагностики ВБ явилась пункция брюшной полости через задний свод влагалища и лапароскопия.

Е.В. ПУЧКОВА ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель — Г.А. Мозес
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Кемерово*

Одной из причин варикозного расширения вен малого таза может быть беременность. Целью настоящего исследования явилось изучение течения беременности у женщин с варикозной болезнью сосудов малого таза.

Материалы и методы исследования: нами проведен анализ 71 истории беременности и родов за 2001-2002 гг. По возрасту женщины были распределены следующим образом: до 20 лет — 9 (12,7 %), от 21 до 25 — 17 (23,9 %), от 26 до 30 — 23 (32,3 %), старше 31 года — 22 (31,1 %).

Первобеременные составили 18 (25,3 %), повторнобеременные — 53 (74,7 %), из них большинство беременных были повторнородящими (83 %). Течение настоящей беременности осложнилось ранним токсикозом в 24 %, угрозой прерывания — в 42 %, гестозом — в 78 %, многоводием — в 21 %, ХФПН — в 82 %, ХГП — в 77,5 % случаях.

Варикозное расширение вен нижних конечностей во время беременности выявлено у 9 женщин (12,7 %), которое в одном случае осложнилось подвздошно-бедренным тромбофлебитом. У 7 беременных (9,9 %) при обследовании обнару-

жено варикозное расширение вен вульвы и влагалища.

У 29 беременных (40,8 %) варикозное расширение вен матки выявлено при ультразвуковом исследовании органов малого таза. Диаметр варикознорасширенных вен составил: 6-8 мм в 4, 9-11 мм в 5, 12-14 мм в 8, свыше 14 мм в 12 случаях.

Во время оперативного родоразрешения варикозное расширение вен диагностировано у 42 женщин. Варикоз вен матки выявлен в 25 случаях (59,5 %), в области придатков матки — в 11 (26 %), выраженные изменения вен малого таза, захватывающие область матки и придатков — в 6 случаях (14,5 %).

Таким образом, одной из патологий беременности является варикозное расширение вен малого таза, которое чаще встречается в возрастной группе старше 26 лет у повторнородящих женщин. Варикозная болезнь сосудов малого таза может осложниться: коагулопатическим кровотечением в раннем и позднем послеродовых периодах, тромбозом. В последующем варикозное расширение вен может явиться причиной длительного болевого синдрома внизу живо-

та и пояснично-крестцовой области. Своевременная диагностика варикозного расширения вен

малого таза позволит профилактировать эти осложнения.

А.А. САФЬЯНОВ, М.А. ШИН, А.А. ПУЧИНКИНА
 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ
 АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
 ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Научный руководитель — Т.А. Толочко
Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

В настоящее время возрастает значение медико-генетического консультирования, а в особенности пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода. Целью настоящей работы является мониторинг состояния плода посредством определения уровня содержания альфа-фетопротеина (АФП) в сыворотке беременных женщин. Это один из наиболее простых и быстрых тестов для наблюдения за развитием плода в течение беременности, выявления патологий, главным образом, дефектов нервной трубки и генетических аномалий.

Исследование содержания АФП в сыворотке беременных женщин проводилось на базе планирования семьи и репродукции г. Прокопьевска. В группу обследуемых вошли 720 женщин в возрасте 15-45 лет, средний показатель по выборке составил $24,06 \pm 0,21$ лет. Уровень содержания АФП в сыворотке матери можно определять с середины 1 триместра беременности. Определение концентрации АФП проводилось с помощью

набора реагентов «АФП — ИФА — БЕСТ-400 (200) — стрип».

Повышение содержания АФП в 1 и 2 триместрах беременности является фактором риска рождения детей с дефектами развития почек, нервной трубки и передней брюшной стенки, атрезией пищевода, аномалиями развития конечностей, а также может быть связано с внутриутробной гибелью плода. При повышенном уровне АФП в сыворотке крови матери во 2 и 3 триместрах беременности впервые выявлена микроцефалия и микроцефалия в сочетании с диабетической фетопатией. Снижение уровня АФП в эти периоды беременности — маркер высокого риска рождения детей с синдромом Дауна и врожденными пороками сердца.

Отклонений от нормы содержания АФП в сыворотке крови беременных женщин не наблюдается при развитии плода с дефектами лица, пороками развития половых органов и с костно-мышечными дефектами.

А.А. СИДЕЛЬНИКОВА
 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ В
 РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Научный руководитель — А.Г. Михеев
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В мировой литературе нет однозначных данных об изменении цитоморфологии лейкоцитов крови в различные периоды менструального цикла (Гольдберг Е., 1968; Mc Kinon, 1989 и др.) Цель исследования — установить, существуют ли изменения лейкоцитарной формулы и цитоморфологии лейкоцитов в течение менструального цикла.

Исследовали периферическую кровь у 15 практически здоровых женщин в возрасте 19-43 лет. Все женщины имели регулярные менструальные циклы продолжительностью от 25 до 30

дней, с умеренной кровопотерей в течение 4-5 дней. Изготовление мазков крови проводили в начале цикла (3-й день), в овуляторный период (16-й день) и в конце овариально-менструального цикла (28-й день).

Статистическая обработка суммарно полученного материала не позволила выявить достоверных различий в лейкоцитарной формуле в исследуемые сроки менструального цикла. Однако использование парного критерия Вилкоксона показало достоверное повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов на 3-й

день цикла, по сравнению с 16 и 28 днями. С помощью парного критерия Вилкоксона удалось доказать достоверное повышение процентного содержания лимфоцитов на 28-е сутки цикла, по сравнению с остальными сроками наблюдений.

На третий день цикла обнаружены выраженные качественные морфологические изменения в нейтрофильных гранулоцитах. У всех обследованных женщин встречались сегментоядерные нейтрофилы с дегенеративными изменениями (хроматинолиз одного или всех сегментов ядра, снижение содержания специфической зернистости в цитоплазме, полное разрушение нейтрофи-

лов с кариолизом остатков сегментов ядра). Указанные изменения в нейтрофилах отражают протекающие в эндометрии деструктивные процессы в первые дни менструации. Мы считаем, что при исследовании периферической крови у женщин необходимо выяснять день менструального цикла, т.к. в первые дни выявляются дегенеративные изменения в нейтрофилах.

Выявленное нами с помощью непараметрических критериев статистики достоверное повышение процентного содержания лимфоцитов на 28-й день цикла, по сравнению с другими сроками наблюдений, можно объяснить уровнем женских половых гормонов в этот период.

Т.С. СКОВОРОДКИНА ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

На фоне проводимых мероприятий и программ по улучшению качества репродуктивного здоровья женщин, такой показатель как беременность у подростков не имеет тенденции к снижению. Роды у несовершеннолетних составляют около 5 % от общего числа (Гуркин Ю.А. и соавт., 2001). Беременность и родоразрешение у юных женщин, по мнению большинства врачей, протекают с большим количеством осложнений, однако единства мнений о частоте и составе акушерской патологии у них нет.

Целью работы явился анализ течения беременности и ее исход у 100 подростков в возрасте 14-17 лет, родоразрешенных в родильном доме Кемеровской областной больницы в течение последних 3 лет.

Большинство из них (68 %) поступили в областную клинику из села, 32 % были горожанками. 51 % несовершеннолетних — домохозяйки, 20 % — учащиеся ПТУ и техникумов; 19 % — учащиеся средней школы; 8 % — рабочие и 2 % — студентки ВУЗов. Только 33 % из них состояли в официальном браке, у 47 % брак не был зарегистрирован, но планировался, 20 % были одиночками.

Здоровых пациенток не было. 27 % имели хроническую патологию ЛОР-органов; 16 % — мочевыделительной системы (в основном, пиелонефрит); 14 % страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями (пролапс митрального клапана, врожденные пороки сердца, варикозное расширение вен нижних конечностей, вегето-сосудистая дистония, миокардит); 12 % имели заболевания желудочно-кишечного тракта (глав-

ным образом, гастрит и холецистит), 12 % — эндокринные расстройства, 6 % — изменения органов зрения, 4 % — патологию органов дыхания, 4 % — нарушения со стороны ЦНС; у одной беременной был очаговый туберкулез легких.

Самое раннее начало половой жизни — с 9 лет, средний возраст половой близости — 15,4 года. Большинство подростков не знали средств защиты от беременности, и только 17 % периодически применяли контрацепцию (презервативы или эстроген-гестагенные препараты). 11 % несовершеннолетних перенесли воспалительные заболевания половой сферы (5 % были пролечены по поводу сифилиса).

11 из 100, поступивших на роды, в анамнезе уже имели беременности, которые у 2 завершились самопроизвольными выкидышами; у 6 — медицинскими абортми; у 1 — прерыванием путем кесарева сечения. Только 2 из 11 беременностей были доношены и родоразрешены.

По поводу данной беременности встали на учет в женскую консультацию до 12 недель гестации лишь 40 % подростков, 3 % не наблюдались и поступили в клинику только с началом родов. Каждая третья беременная нерегулярно посещала консультацию, только у 28 из 100 наблюдение можно оценить как полноценное.

Беременность у всех юных женщин была осложненной: у 15 % — ранним токсикозом, у 18 % — сенсibilизацией по системе Rh- и ABO, у 41 % — угрозой прерывания, у 60 % — гестозом, у 79 % — анемией. Высока была частота инфекционных заболеваний: 13 % перенесли ОРВИ, 1 % — гнойный гайморит, 1 % — гной-

ный конъюнктивит, 8 % — обострение хронического пиелонефрита, 18 % — гестационный пиелонефрит. Одна беременная была прооперирована по поводу гангренозного перфоративного аппендицита и разлитого перитонита. У 55 % был воспалительный процесс во влагалище, из них у 5 % — специфической этиологии. У 2 % беременных обнаружен вторичный сифилис. У 88 % диагностирована хроническая фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, у 17 % — внутриутробная задержка развития плода, у 14 % — многоводие, у 12 % — маловодие, у 6 % — врожденные пороки развития плода.

Роды подростков составили 3 % от общего количества в клинике. У большинства (92 %) они наступили в срок, у 6 % — преждевременно и у 2 % — были запоздалыми. 90 % завершились через естественные родовые пути и 10 % — операцией кесарева сечения.

Роды носили осложненный характер: в 26 % случаев диагностировано несвоевременное излитие околоплодных вод, в 48 % — аномалии родовых сил, в 29 % — декомпенсация гипоксии плода; в 26 % — утяжеление гестоза; в 4 % — клинически узкий таз; в 2 % — преждевременная отслойка плаценты, в 2 % — хориоамнионит; в 42 % — разрывы тканей родовых путей; в 13 % —

частично плотное прикрепление последа, в 4 % — гипотоническое кровотечение.

В послеродовом периоде у 39 % родильниц имелась лохиометра, у 13 % — субинволюция матки, у 8 % — эндометрит, у 6 % — постгеморрагическая анемия, у 5 % — пиелонефрит, у 2 % — расхождение швов на промежности.

Новорожденные юных матерей (52 мальчика и 48 девочек) имели средний вес 3250 г., длину 50,4 см и оценку по шкале Апгар 7/8 баллов. 34 % родились с обвитием пуповиной вокруг шеи или туловища. Здоровых среди них не было. Все дети имели гипоксическое поражение ЦНС, 89 % — нарушение спинального кровообращения на шейном уровне, 32 % — гипоконъюгационную желтуху, 16 % — синдром двигательных нарушений, 13 % — кожно-геморрагический синдром, 9 % — врожденные пороки развития, 8 % — конъюнктивит, 2 % — сифилис, 1 % — менингоэнцефалит. 8 % новорожденных были переведены на II-й этап выхаживания, 91 % — выписаны домой. Один ребенок умер.

Таким образом, проведенное исследование показало, что беременность и роды у подростков протекают со значительными осложнениями, поэтому юные беременные представляют группу высокого риска материнской и перинатальной патологии.

О.Ф. СОКОЛОВА

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ НА ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ

Научный руководитель — О.Н. Новикова

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проблема травматизма матери всегда была и остается одной из актуальных проблем акушерства. Частота акушерской травмы тазового дна, согласно нашему исследованию, составляет 57 %. Так называемые «нетяжелые» травмы (разрывы влагалища и промежности) зачастую ведут к неблагоприятным последствиям для женщин в послеродовом периоде и в отдаленные сроки. Частым осложнением пуэрперия при таких травмах по-прежнему остается нагноение и расхождение первичных швов, которое составляет 3,5 %. Это предрасполагает к длительному существованию неполноценности тазового дна и, как следствие, к опущению и выпадению органов малого таза с нарушением их функции, дистрофическим изменениям и, что не менее важно, резкому ограничению социальной активности женщин.

Цель исследования: изучить факторы риска расхождения первичных швов и условия благо-

получного заживления вторичных швов. Было проанализировано 7511 историй родов за 2000-2003 гг.

Частота акушерской травмы тазового дна составила 3614 случаев, из них: разрывов влагалища — 28 %, разрывов промежности I степени — 12 %, II степени — 3 %, III степени — 0,1 %, эпизиотомии и перинеотомии — 56 %. Частота расхождения первичных швов составила 3,5 %. Из них мы отобрали и проанализировали случаи наложения вторичных швов в условиях роддома, что было проведено у 15 женщин.

Средний возраст женщин составил 25 лет, среди них: возрастных первородящих — 40 %, юных — 20 %. Разрывы влагалища произошли в 67 % наблюдений, разрывы промежности I степени — в 7 %, II степени — в 13 %, эпизиотомия проведена у 87 %.

Непосредственными причинами травмы были: роды крупным плодом (13 %), двойней (7 %), быстрые роды (13 %), роды в тазовом предлежании (7 %), угрожающие состояния плода (13 %).

Факторами риска расхождения первичных швов явились: кольпит во время беременности (100 % случаев), частые влагалищные осмотры (до 8 раз), длительный безводный период (13 %), роды крупным плодом (13 %), послонное ушивание раны кетгутом (100 % случаев).

Вторичные швы накладывались с использованием синтетического шовного материала. Исход — первичное заживление вторичных швов в 100 % случаев.

Таким образом, очевидна необходимость тщательного лечения кольпитов во время беременности, полноценного ушивания акушерских травм тазового дна, использование синтетического шовного материала для первичных швов.

Т.В. ФАТЕЕВА

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Научный руководитель — Н.П. Григоруц

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

За истекшие 20 лет частота кесарева сечения в нашей стране увеличилась более чем в два раза. Тем не менее, перинатальная заболеваемость и смертность заметно не уменьшились.

К сожалению, большинство российских акушеров рассматривают родоразрешение при наличии рубца на матке путем повторного кесарева сечения. Это продиктовано, прежде всего, страхом перед разрывом матки. Однако частота этого осложнения не превышает 3,5-5,0 %.

С целью оценки возможности родоразрешения через естественные родовые пути при наличии рубца на матке нами проведен анализ 82 историй родов женщин, имевших рубец на матке и их новорожденных в Родильном доме № 1 (МУЗ ГКБ № 3) г. Кемерово.

Помимо рубца на матке, акушерско-гинекологический анамнез у 32 беременных (39 %) был отягощен абортми, у 57 (69,5 %) — хроническими воспалительными процессами органов малого таза, у 3 (3,6 %) — первичным и вторичным бесплодием, у 3 женщин (3,6 %) — миомой тела матки. Нарушение менструальной функции, преимущественно в форме альгодисменореи, выявлено у 33 пациенток (40,2 %).

Из осложнений настоящей беременности обращает внимание значительная частота угрозы

прерывания беременности, анемии, компенсированной ФПН. Показаниями к предшествующему кесареву сечению в 25,2 % случаев явились аномалии родовой деятельности, с одинаковой частотой (в 10-11 % случаев) миоопия, клинически узкий таз, тяжелый гестоз.

Через естественные родовые пути родоразрешены только две женщины с рубцом на матке. Роды протекали без осложнений. Показанием к повторному кесареву сечению в 74,1 % явилось наличие рубца на матке. Клиника угрозы разрыва рубца на матке отмечалась у 15 пациенток, в 80 % она подтвердилась на операции.

При УЗС признаки несостоятельности рубца выявлены у 8 (9,8 %) женщин, однако только у половины диагноз подтвержден на операции.

Состоятельный рубец выявлен у 55 (69 %) оперированных пациенток, у 25 (31), рубец оказался несостоятельным.

Таким образом, можно предполагать, что при отсутствии клинических симптомов несостоятельности рубца, подтвержденных УЗИ, не менее 50 % женщин с рубцом на матке могут быть допущены до родов через естественные родовые пути, если отсутствуют другие показания к оперативному родоразрешению.

Н.Г. БОРОВКО, Е.К. РОЖНОВА
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМБРИОНАЛЬНОГО И ПОСТЭМБРИОНАЛЬНОГО
 РОСТА ЛИСТЬЕВ У *SORBUS SIBIRICA* HEDL**

Научный руководитель — Л.Н. Ковригина
Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

В литературе широко представлены сведения о сроках формирования, паузах в закладке частей почек, но мало уделяется внимания вопросам о взаимосвязи фаз внутри- и внепочечного развития побега.

Цель исследования — анализ процессов эмбрионального и постэмбрионального роста листьев. Был изучен рост фотосинтезирующих листьев и листовых зачатков в верхушечных зимующих почках на вегетативных удлинённых терминальных побегах с 7-9 метамерами, собранных с 30 модельных одновозрастных молодых генеративных растений в 1998-2002 гг. в искусственных насаждениях г. Кемерово.

Особенности внепочечного роста листьев изучали в зависимости от их положения на стебле. Первый-пятый листья, считая от основания побега, относятся к первому листовому циклу. Самым крупным листом годичного побега является 2-й. В соответствии с особенностями ростовых процессов и достигаемых размеров было выделено две группы листьев. Первые четыре листа характеризуются максимальными размерами. Они растут практически одновременно и с высокой скоростью. Рост 6-9-го листьев отличается оче-

редностью, большей длительностью и меньшей скоростью. Пятый лист по этим параметрам занимает промежуточное положение, либо примыкает к первой группе.

Сформированная верхушечная почка содержит 3-4 почечных чешуи, дочерние почки и 6-9 зачатков листьев; причем, первые пять опушены и имеют ярко выраженную среднюю жилку, 6-7-й зачатки слабо дифференцированы, а 8-9-й — представляют собой примордии. Размеры листовых зачатков монотонно убывают по направлению к конусу нарастания. Анализ окончательных размеров и сроков развития листьев в апикальной почке позволил также выделить две группы, соответствующие двум листовым циклам: первые пять закладываются и достигают максимальных размеров раньше, чем листовые зачатки второй группы (6-9).

Таким образом, сравнение эмбрионального и постэмбрионального роста листьев *Sorbus sibirica* показало, что между фотосинтезирующими листьями разных листовых циклов наблюдаются существенные отличия, которые проявляются уже во внутривековой фазе.

М.В. ДОДОНОВ, А.В. БАСОВ
КСЕНОПАРАЗИТАРНЫЙ БАРЬЕР ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ

Научный руководитель — Л.В. Начева
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Под ксенопаразитарным барьером следует понимать образование, которое помогает выжить как хозяину, так и паразиту. Есть мнение, что в паразитизме — черты симбиоза.

При изучении описторхоза многие авторы, главным образом, обращают свое внимание на поражение печени *Opisthorchis felinus*, освещая ее патанатомию и ультраструктуру (Рычагова И.Г., 1993; Дроздов В.Н., 1969). При паразитировании в желчных протоках печени обнаруживаются изменения стенки протоков, которая выступает в роли защитного барьера. В слизистой оболочке возникают пролиферация эпителия и формирование им секреторных желез; из пролиферата соединительной ткани подслизистой оболочки формируется

стромально-сосудистый каркас измененной слизистой оболочки. В местах контакта стенки протока с паразитом наблюдается небольшое количество эозинофилов. При изучении патологии органов при описторхозе нами было обнаружено поражение поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки. Было выявлено, что поджелудочная железа увеличена и уплотнена, а ее протоки расширены и наблюдается фиброз стенок, когда паразиты обнаруживаются в протоках. Эпителий слизистой протока гиперплазирован, а в некоторых участках — отсутствует. Местами соединительная ткань разрослась настолько интенсивно, что закрывает весь просвет протока. В паренхиме железы встречаются кро-

воизлияния и фокальный некроз, дегенерация островков Лангерганса, что влияет на секрецию железы. Изменения, свойственные описторхозу, также наблюдаются в поджелудочной железе, свободной от гельминтов: хронический каналикулит с развитыми альвеолярно-тубулярными вегетациями эпителия и воспалительно-пролиферативная реакция соединительной ткани, окружающей протоки. Аналогичная картина выявляется в двенадцатиперстной кишке.

Все морфофункциональные нарушения в поджелудочной железе, в общем, сходны с таковыми в печени. Все это может быть свидетельством того, что в понятие ксенопаразитарный барьер входит не только стенка печеночного протока паразита, а триада органов, выступающих в роли корректирующего, динамически действующего защитного барьера, образованного разными компонентами и являющегося для хозяина не типичной для нормы структурой (ксенопаразитарной).

Д.А. ЗОЛОТАРЕВ

ТАКСОНОМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПОЛУЖЕСТКОКРЫЛЫХ г. КЕМЕРОВО

Научный руководитель – Н.И. Еремеева

Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Изучение насекомых отряда Hemiptera на территории Кемеровской области проводилось фрагментарно. Особый интерес представляет фауна полужесткокрылых г. Кемерово – одного из центров химической промышленности Сибири. Поэтому цель данной работы – изучение фауны клопов в г. Кемерово и особенностей таксономического состава отряда Hemiptera.

Согласно цели были поставлены следующие задачи:

- определить доли семейств в отряде Hemiptera на исследованной территории;
- установить рода, представленные большим количеством видов.

Исследования проводились в г. Кемерово в период с июня 2001 по август 2002 г. Насекомых собирали кошением сачка по методике Т.В. Бубновой (1988). Материалом для работы послужили сборы насекомых на газонах, представленных разнотравными злаковыми лугами.

Было поймано 10327 экземпляров 95 видов полужесткокрылых, относящихся к 64 родам

13 семейств. Были сделаны следующие выводы:

Наибольшим видовым разнообразием отличаются семейства Miridae (31 вид), Pentatomidae (16), Lygaeidae (13), Rhopalidae (9).

Наибольшим количеством видов представлены рода Nabis (6 видов), Adelphocoris (3), Lygus (4), Nysius (3), Rhopalus (3), Stictopleurus (3), Carocoris (3).

Среди семейств во все годы значительно преобладает семейство Miridae. Его доля составляет свыше 80 %. Широко представлены сем. Lygaeidae и Pentatomidae. Среди других семейств в 2001 г. значительную часть в сборах составило сем. Pyrrhocoridae, а в 2002 г. – сем. Nabidae и Anthocoridae.

Мало представлены виды семейств Tingidae и Berytidae. Не отмечены виды сем. Coreidae в 2001 г. и сем. Pyrrhocoridae – в 2002 г.

Доля семейства Nabidae в 2002 г., по сравнению с 2001 г., увеличилась в 5,8 раз, а сем. Anthocoridae – в 16 раз.

Е.Г. КОМЯКОВА, С.Г. НОСКОВА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОЗВОНОЧНЫХ И БЕСПОЗВОНОЧНЫХ

Научный руководитель – В.М. Гребенщиков

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Сперматогенез позвоночных животных, в том числе млекопитающих, протекает в семенных канальцах семенников. На поперечных срезах семенных канальцев хорошо различаются стадии сперматогенеза. К ба-

зальной мембране канальца примыкают клетки, которые делятся митотически и сохраняют свои морфологические свойства. Эти клетки часто называют стволовыми клетками. Clermont Y. (1963) идентифицирует эти клет-

ки как сперматогонии. Он разделяет их на две группы: сперматогонии типа А, поддерживающие популяцию стволовых клеток, и сперматогонии типа В, которые делятся митозом и дают начало сперматоцитам I-го порядка. При этом клетки отходят от базальной мембраны в направлении просвета канальца. Fawcett D.W. (1970, 1975) назвал эту область адлюминальной. Здесь сперматоциты I-го порядка вступают в первое деление мейоза, с образованием сперматоцитов II-го порядка; эти клетки, в свою очередь, почти тотчас же вступают во второе деление мейоза, с образованием клеток, называемых сперматидами. В процессе сперматогенеза сперматиды превращаются в сперматозоиды, которые выходят в просвет семенного канальца.

Семенники трематов, которых мы взяли в качестве представителей беспозвоночных животных, округлые или слегка рассеченные органы. По данным Guilford H.G. (1955); Burton P.R. (1960); Мухамедова Г.К. (1980); Гребенщикова В.М. (1984), на срезах семенников видно, что пристеночно располагаются пер-

вичные половые клетки (стволовые) и сперматогонии. Первичные половые клетки имеют крупные ядра, с хорошо выраженными округлыми зернами хроматина. Они несколько раз делятся митозом, с образованием первичных, вторичных и третичных сперматогониев, отличающихся тем, что деления цитоплазмы происходят не до конца и клетки остаются соединенными цитоплазматическими мостиками в клоны, соответственно, из двух, четырех и восьми клеток. Третичные сперматогонии, после стадии роста, превращаются в сперматоциты I-го порядка, которые вступают в мейоз, с образованием клона из 16 сперматоцитов II-го порядка, а затем — 32-х сперматид. В процессе формирования из каждого клона сперматид образуются 32 сперматозоида и остаточное цитоплазматическое тело, которое постепенно распадается и рассасывается. Таким образом, основные моменты процесса сперматогенеза у позвоночных и беспозвоночных животных протекают сходно. Имеющиеся отличия можно охарактеризовать, как изменения приспособительного характера.

Н.А. КОРОВИНА
ФАУНА ЖУЖЕЛИЦ РОДОВ *CARABUS* И *PTEROSTICHUS*
(*COLEOPTERA*, *CARABIDAE*) ГОРЫ МУСТАГ ГОРНОЙ ШОРИИ

Научный руководитель — Н.И. Еремеева
Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Исследования карабидофауны проводились в июле 2001 года в Горной Шории (г. Мустаг).

Для изучения фаунистического состава семейства *Carabidae* были применены стандартные методы: почвенные ловушки и ручной сбор (Шиленков, 1996).

Анализ собранного материала показал, что в окрестностях г. Мустаг обитают 5 видов рода *Carabus* и 12 видов, относящихся к роду *Pterostichus*.

Из рода *Carabus* наиболее многочисленным видом для данного района является *C. aeruginosus*. На долю этого вида приходится почти половина экземпляров от общего числа (42,50 %). Менее многочисленным видом является *C. regalis* (26,25 %). Редкими видами для данного района являются *C. henningi* (8,75 %), *C. schoenherri* (5,7 %), *C. obovatus* (5 %).

Среди рода *Pterostichus* часто встречающимися видами являются: *Pt. oblongopunctatus*

(20 %), *Pt. magus* (15 %), *Pt. virescens* (10 %), *Pt. triseriatus* (10 %). Менее многочисленны: *Pt. niger*, *Pt. ehnerbergi*, *Pt. tomensis*, *Pt. maurusiacus*, *Pt. drescheri*. Процент этих видов колеблется в пределах от 7,5 до 4,1. Редкими видами являются: *Pt. antracinus*, *Pt. vernalis*, *Pt. nigrita*. На их долю приходится всего лишь 2,5-0,83 %.

По ареалогическому распространению к группе бореальных центральнопалеарктических видов относятся: *C. aeruginosus*, *C. regalis*, *C. schoenherri*, *C. henningi*, *Pt. magus*, *Pt. maurusiacus*, *Pt. drescheri*. Виды *Pt. oblongopunctatus*, *Pt. antracinus* являются бореальными западнопалеарктиками. К суббореальной западнопалеарктической группе относится один вид из представленных — *Pt. vernalis*. Алтае-Саянскими эндемиками являются *C. obovatus*, *Pt. triseriatus*, *Pt. ehnerbergi*, *Pt. tomensis*, *Pt. virescens*. *Pt. niger*, *Pt. nigrita* — полизональные транспалеаркты.

Н.С. МАНИКОВСКАЯ
ЭНТЕРОЦИТ – УНИВЕРСАЛЬНАЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
ЕДИНИЦА КИШЕЧНИКА ТРЕМАТОД

Научный руководитель – Л.В. Начева
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В литературе по гельминтологии с 1971 по 1985 гг. вышло наибольшее количество работ, посвященных гистологии и гистохимии кишечника трематод (Резник Г.К., 1971–1977; Чубрик Г.К., 1971; Начева Л.В., 1974–1985; Панин В.Я., 1984; Fujino T., Jchii V., 1978–1979; Gorchilova L.N., 1980 и др.). В течение последних лет мы занимались изучением данного вопроса и установили, что стенка кишечника трематод в большинстве случаев выстлана однослойным цилиндрическим эпителием и единицей его строения является энтероцит. Базальная часть энтероцита содержит ядро, а апикальная представлена микроворсинками, которые способствуют увеличению рабочей поверхности, что обеспечивает ускорение процессов всасывания питательных веществ. При этом энтероцит способен к различным типам секреции, что зависит от характера пищи паразита и его адаптивных механизмов в условиях существования в различных эндостациях хозяина. Так, для энтероцита эуриотремы и описторхов характерен апокриновый тип секреции, для парамфистомат – микроапокриновый и мерокриновый, для фасциол – макроапокриновый, для лиорхисов – голокриновый.

Преобразование веществ внутри клетки, в том числе и энтероцита, протекает в ходе сложных,

разветвленных и пересекающихся реакций. Начева Л.В. считает, что особенности строения пищеварительной системы и ее функциональный характер придают организму паразита свойства типичной открытой системы и поддерживает его гомеостаз. В основе гомеостатирования у трематод лежат определенные структуры, – гомеоморфозные единицы, с помощью которых создается и поддерживается весь механизм этого процесса, характерный для организма паразита, независимо от условий существования. Самой универсальной структурой гомеоморфоза у трематод является энтероцит.

Микроморфологическими блоками механизма функционирования энтероцита у трематод являются следующие структуры: 1) гликокаликс; 2) микроворсинки; 3) плазматическая мембрана, которая обуславливает избирательную проницаемость веществ; 4) органоиды цитоплазмы, обеспечивающие внутриклеточные трофические связи; 5) базальная мембрана, состоящая из коллагеновых волокон и обеспечивающая упругость, тканевую сопротивляемость и механическую фильтрацию.

Перегруппировка структур энтероцита способствует повышению приспособительных возможностей трематод в процессе паразитирования.

Н.П. ПАРХОМЕНКО, Р.С. КРАЕВ
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ СИНДРОМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Научный руководитель – Л.В. Начева
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Гипоплазия эмали зубов наследуется как доминантный признак, ген которого сцеплен с X-половой хромосомой. Существует несколько названий, которые характерны для проявления этого признака, а именно – коричневая эмаль, коричневая дистрофия, рельефные зубы, дисплазия Капдепона. Но наследование, обусловленное нарушением развития только эмали зубов, имеет разные варианты проявления, которые имеют общее название – несовершенный амелогенез (amelogenesis imperfecta). Мы провели анализ наследования этого признака. Если страдает мужчина (X^AY), то в браке с

нормальной женщиной по этому признаку женщиной (XX) можно получить потомство следующее:

М: X^AY × F: X^AX^a
гаметы: X^A Y X^a X^a
потомство: X^AX^a ; X^AX^a ; X^aY ; X^aY ;
где A – гипоплазия, a – здоровые зубы)

Все мальчики будут иметь нормальные зубы, а у девочек данный признак будет проявляться в более легкой форме, так как рецессивный ген, отвечающий за нормальную эмаль зубов, будет сбивать силу доминантного гена, сцепленного с X^A -хромосомой.

Но, в силу того, что при амелогенезе наблюдается проявление разной степени поражения зубов, как у лиц мужского, так и женского пола, мы считаем, что существует еще один вариант наследования гипоплазии эмали зубов — аутосомно-доминантный. Когда происходит наследование по 2-м парам доминантных генов, один из которых сцеп-

лен с полом, в этом случае заболевание может иметь более тяжелое проявление. М.И. Грошиков описывает некариозные поражения тканей зуба, но не указывает их тип наследования, хотя некоторые генетики высказывают мнение, что гипоплазия эмали имеет доминантное, сцепленное с полом, наследование признака.

Т.О. УСОЛЬЦЕВА
**ВЫСОТНО-ПОЯСНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МУРАВЬЕВ P. FORMICA
 ОКРЕСТНОСТЕЙ Г. МУСТАГ ГОРНОЙ ШОРИИ**

Научный руководитель — Н.И. Еремеева
Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

На территории Горной Шории в окрестностях горы Мустаг в июле 2001 г. исследовано высотное-поясное распределение муравьев р. Formica. Сбор материала произведен по стандартным методикам.

В результате исследований установлено, что, в зависимости от высоты, встречаемость видов муравьев р. Formica изменяется. Видовой состав муравьев р. Formica достигает наибольшей численности в верхней части лесного пояса (1000 м над уровнем моря). Здесь встречены следующие виды: F. aquilonia, F. polystena, F. lugubris, F. presilabris, F. cunicularia, F. sanguinea, F. longiceps. Из них F. lugubris, обнаруженный как в лесу, так и на открытых участках (мохово-кустарничковая разнотравная тундра), доходит до высоты 1200 м над уровнем моря. На данной высоте также заре-

гистрированы: F. fusca (мохово-кустарничковая разнотравная тундра, курум); F. exsecta (курум); F. gagatoides (мохово-кустарничковая разнотравная тундра, пихтовое криволесье, курум). F. exsecta, вне зависимости от высоты, отмечен лишь на открытых участках: заболоченном злаково-разнотравном лугу и куруме.

В пихтово-березовом лесу, расположенном в нижнем поясе горы Мустаг (600 м над уровнем моря), обитают F. aquilonia, F. polystena, F. fusca. При этом, F. aquilonia и F. polystena численно доминируют на высоте от 600 м до 1000 м над уровнем моря, но, с увеличением высоты, процентное соотношение гнезд данных видов уменьшается.

В субальпийском поясе на г. Мустаг гнезда муравьев р. Formica не обнаружены.

А.В. ФРОЛОВ, М.В. ДОДОНОВ
ЭОЗИНОФИЛИЯ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ

Научный руководитель — Л.В. Начева
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Эозинофильная реакция при паразитарных инвазиях остается до сих пор до конца не выясненной. Как предполагается, эозинофилы эволюционно возникли специально для защиты против тканевых стадий развития паразитов, слишком крупных, чтобы их можно было уничтожить путем фагоцитоза. Согласно этой гипотезе, локализацию эозинофилов около паразитов и усиление их антипаразитарных функций обеспечивают Ig E-зависимые реакции тучных клеток, которые вызывают дегрануляцию эозинофилов, т.е. слияние гранул, содержащих различные вещества, в том числе нейротоксин, пероксидазу, гистаминазу, фосфолипазу Д, гидролити-

ческие ферменты, кислую фосфатазу, коллагеназу, Zn, катепсин с цитоплазматической мембраной, и высвобождение их содержимого во внеклеточную среду (А. Ройт, Дж. Бростофф, Д. Мейл, 2002). Эозинофилы ограничивают перемещение паразита в тканях, но не всегда делают это. Известно, что при паразитарных инвазиях действие эозинофилов рассматривается как повреждающее ткани, но имеются доказательства литического действия базисного протеина эозинофилов на личинки некоторых паразитов (Schistosoma mansoni, trichine и др.). Другая точка зрения состоит в образовании эозинофилами токсичных реакционноспособных метаболитов кислорода.

В наших исследованиях было замечено, что у больных описторхозом аденоматозно измененная слизистая оболочка желчного протока была инфильтрирована нейтрофилами и эозинофилами. Причем, эозинофилов было больше в инфильтрате в поверхностных зонах слизистой оболочки. Также, при изучении адаптационных механизмов паразитарной инвазии на примере парагонимоза, ранее было обнаружено присутствие эозинофилов в стенке миграционных ходов (Воробьева Е.И., 1992; Начева Л.В. и др., 2000) в меньшем количестве, чем содержание нейтрофилов, т.к. последние имеют приоритет микробного хемотаксиса над паразитарным. Нам уда-

лось обнаружить эозинофилы в тканях легких при парагонимозе у кошек и в легких лягушек, зараженных хаплотрофой (Начева Л.В., Штейнпрейс Т.А., 1999).

Таким образом, эозинофильная реакция происходит независимо от уровня организации хозяина (теплокровные или холоднокровные животные), обеспечивает защиту хозяина и, при интенсивности заражения, эозинофилы усиливают свое действие на паразита, уничтожая его и, тем самым, сохраняя сформировавшуюся паразитарную систему. Но все эти вопросы требуют дальнейшего подробного гистологического и гистохимического изучения.

Ю.В. ЦУРКАН
 ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЛОРЫ
 ОСТЕПНЕННЫХ КАМЕНИСТО-ЩЕБНИСТЫХ ОСЫПЕЙ
 ПРАВОГО БЕРЕГА РЕКИ ТОМЬ

Научный руководитель — А.Т. Мальцева
 Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Изучение флоры остепненных каменисто-щебнистых осыпей правого берега р. Томь проводили на территории экомузeya «Тюльберский городок» в 2000-2002 гг.

С помощью анализа видового состава выявлены особенности формирования фрагментарных участков степной растительности Кемеровской области. Доминирующие в растительном покрове полыни и злаки ксерофильного облика позволяют определить растительность этого участка как степную.

На остепненных каменисто-щебнистых осыпях было выявлено 149 видов, которые относятся к 41 семействам и 96 родам. Из них: 2 вида споровых растений; 1 вид голосеменных; 146 видов покрытосеменных, причем 22 — однодольных и 124 — двудольных.

Анализ флоры по экологическим группам показал, что на изучаемой осыпи преобладают мезофиты (53,020 %), мезоксерофиты (18,121 %), ксерофиты (8,725 %). Видов, относящихся к другим экологическим группам, менее 8 %: ксеропетрофиты (6,711 %), гигрофиты (5,369 %),

мезогигрофиты (4,698 %), мезопетрофиты и галофиты (по 1,342 %), мезопсихрофиты и психрофиты-петрофиты (по 0,671 %).

Видовой состав осыпи непостоянен, в связи с подвижкой субстрата — каменных плит и постоянно осыпающегося щебня. К тому же, атмосферная влага (дожди, росы) активно вымывает органические вещества из субстрата. Видовой состав осыпи не только непостоянен, но и оригинален. Основу растительного покрова остепненной каменисто-щебнистой осыпи составляют степные растения (*Festuca rubra*, *Poa angustifolia*, *Dactylis glomerata*, *Stipa pennata*, *Agrostis gigantea*, *Setaria viridis*, *Artemisia glauca*, *Artemisia sieversiana*, *Artemisia dracunculus*, *Goniolimon speciosum*, *Silene alba*, *Dianthus superbus*). Здесь поселяются виды, не характерные для определенной климатической зоны, например, петрофиты (*Ephedra monosperma*, *Isatis costata*, *Sedum hybridum*, *Orostachys spinosa*, *Trachomitum lancifolium*, *Scutellaria mongolica*, *Thymus serpyllum*, *Thymus sibiricus*) и сорные растения (*Carduus nutans*, *Chelidonium majus*, *Thlaspi arvense*).



А.А. АЗАРОВ

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Научный руководитель – О.Л. Барбараш

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Биологический возраст (БВ) – фундаментальная характеристика темпов развития (старения). БВ человека позволяет не только оценить текущее состояние организма, но и установить величину влияния неблагоприятных внешних и внутренних факторов на здоровье человека, степень системной дезинтеграции организма, индекс БВ/ДБВ (где ДБВ – должный биологический возраст, характеризующий стандарт темпов старения в популяции), качество проводимых лечебно-профилактических мероприятий. БВ – это один из наиболее интегративных по своему смыслу показателей здоровья человека, и косвенно характеризует качество жизни. БВ позволяет оценить вероятность смерти или снижения продолжительности жизни (В.П. Войтенко, 1987).

Цель: Определить и оценить степень постарения больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы: Исследование БВ проводилось в отделении острой коронарной патологии

Кемеровского кардиологического центра. Больные с ИМ были разделены на две группы с Q-ИМ (20 человек) и без Q-ИМ (13 человек). Исследование проводилось по методу В.П. Войтенко.

Достоверных различий в календарном возрасте (КВ), в двух сравниваемых группах, не было.

Фактический БВ сравнивали с ДБВ по формулам:

$$\text{ДБВ}_{\text{муж}} = 0,629 \times \text{КВ} + 18,56;$$

$$\text{ДБВ}_{\text{жен}} = 0,581 \times \text{КВ} + 17,24$$

Также высчитывали индекс БВ/ДБВ. У больных без Q-ИМ индекс составил $0,93 \pm 0,04$, у больных с Q-ИМ – $1,053 \pm 0,02$ ($P < 0,01$).

Вывод: Исследование БВ показало выраженное постарение больных с Q-ИМ. Таким образом, БВ может выступать в качестве критерия уровня здоровья и тяжести заболевания, в частности, инфаркта миокарда.

С.С. АЛТАРЕВ, Т.С. КУЗЬМИНА

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Научный руководитель – С.А. Бернс

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово*

Одними из наиболее прогностически неблагоприятных факторов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) являются желудочковые нарушения ритма (ЖНР), влияющие как на качество, так и на продолжительность жизни больных. Изучение патогенетических взаимосвязей между возникновением ЖНР и параметрами сердечной деятельности является важной задачей в диагностике и лечении ИБС.

Целью исследования явилась оценка влияния вклада различных факторов на развитие ЖНР у лиц, страдающих ИБС.

Методы исследования: проводились суточное мониторирование ЭКГ по Holter для оценки ишемии миокарда, определение продолжительности и дисперсии интервала QT, коронаровентрикулография для

выявления степени поражения коронарного русла.

На базе отделения сердечно-сосудистой хирургии Кемеровского кардиологического диспансера проведено обследование 60 пациентов, страдающих хроническими формами ИБС. Средний возраст пациентов составил $45 \pm 1,4$ лет, из 60 человек – 6 женского и 54 мужского пола.

У пациентов, не имеющих ЖНР, отсутствовала значимая корреляция между изучаемыми пара-

Таблица
Коэффициенты корреляции депрессии сегмента ST, показателей реполяризации и площади поражения коронарного русла

Параметры	Степень депрессии сегмента ST				
	QT	QTd	QTdc		
Зона некроза	вне зависимости от ЖНР	- 0,04	0,22	0,29	0,23
	с ЖНР	0,38	0,19	0,34	0,34
	без ЖНР	- 0,46	0,13	0,17	0,11

метрами (таблица). У пациентов с наличием ЖНР выявлены достоверные положительные корреляционные связи между площадью зоны некроза и степенью депрессии сегмента ST, а также с показателями дисперсии интервала QT (QTd, QTdc).

На основании полученных данных можно предположить, что у пациентов, страдающих ИБС, в развитии ЖНР принимают участие как нарушенные процессы реполяризации желудочков, так и выраженность ишемии миокарда.

С.С. АЛТАРЕВ, А.В. СОЛОВЬЕВА

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Научный руководитель – С.А. Бернс

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово*

В патогенезе изменений, протекающих в миокарде в остром периоде его ишемического повреждения, большое значение придают дисбалансу в антиоксидантной системе (АОС) и активации перекисного окисления липидов (ПОЛ). Продукты ПОЛ обладают не только прямым кардиотоксическим действием, но и принимают активное участие в развитии реперфузионного синдрома, способствуя появлению очагов электрической нестабильности миокарда.

Целью исследования явилось комплексное изучение показателей ПОЛ и АОС в остром и подостром периодах ИМ.

Методы исследования.

Оценка прооксидантного статуса: содержание малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) в плазме крови. Оценка антиоксидантного статуса: содержание церулоплазмينا (ЦП) в плазме крови, активность супероксиддисмутазы (СОД) плазмы и определение перекиснодисмутантной активности (АОА) крови.

На базе отделения острой коронарной патологии Кемеровского кардиологического диспан-

сера проведено обследование 61 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ). Исследование проводили на трех этапах: первые, третьи и 15-е сутки от развития ИМ.

Полученные результаты демонстрируют высокую активность ПОЛ, начиная с первых суток ИМ, которая сохраняется и на 15 сутки от начала заболевания (таблица).

Таблица
Динамика показателей ПОЛ и АОС в остром периоде ИМ

Время	1 сутки	3 сутки	15 сутки	Норма
МДА, нмоль/мл	15,22 ± 10,16	19,66 ± 12,64	16,36 ± 12,83	4,0-6,0
ДК, мкмоль/л	34,84 ± 12,93	34,17 ± 11,92	34,84 ± 14,97	21,60
АОА, %	54,77 ± 15,87	49,17 ± 16,69	47,09 ± 17,22	68,0-70,0
СОД, усл. ед./мг Нв	8,16 ± 1,85	8,57 ± 1,75	8,42 ± 1,38	8,54
ЦП, мг/100 мл	29,53 ± 6,20	35,53 ± 7,43	35,24 ± 8,42	29,60

С первых суток ИМ показатели АОС характеризовались существенным снижением АОА и тенденцией к уменьшению активности СОД, по сравнению с нормальными значениями, в то время как уровень ЦП, начиная с третьих суток ИМ, был выше нормы.

Заключение: Течение острого ИМ характеризуется угнетением АОС и активацией ПОЛ.

О.Б. АНИКИНА, И.А. ГЕРГЕРТ, Е.М. СКРЯБИНА, М.В. ИВАНОВА ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Научные руководители – Т.А. Раскина, Л.Т. Кирикова

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический госпиталь ветеранов войны, г. Кемерово*

По данным ВОЗ, остеопороз и инфаркт миокарда (ИМ) остаются одними из главных причин снижения качества жизни и

летальности. В последнее время активно обсуждаются общие механизмы развития остеопороза и атеросклероза, выявление которых позволит

разработать новые методы профилактики и лечения этих заболеваний (Насонов Е.А.).

Целью работы явилось определение зависимости между снижением минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и наличием постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) в анамнезе, у лиц старше 60 лет.

Материалы и методы: денситометрия проводилась в дистальном отделе лучевой кости остеометром ДТХ-200 (Дания). Степень изменения МПКТ оценивалась с помощью Т-критериев, соответствующих рекомендациям ВОЗ.

Проанализированы результаты исследований 206 человек старше 60 лет, из них 86 мужчин (41 %) и 120 женщин (59 %). Все обследуемые были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей патологии. В первую, исследовательскую, группу вошли 106 больных с ПИКС в анамнезе, (60 женщин и 46

мужчин). Контрольную группу составили 100 больных (60 женщин и 40 мужчин) без явных признаков ИБС (таблица).

Таблица

МПКТ	I группа		II группа		P I-II	
	муж., %	жен., %	муж., %	жен., %	муж.	жен.
Норма	21,8	28,3	55	41,7	0,03	0,02
Остеопения	34,8	33,3	22,5	30	НД	НД
Остеопороз	43,5	38,3	22,5	28,3	0,02	0,04

Из таблицы следует, что у лиц с ПИКС в анамнезе, независимо от пола, остеопороз регистрируется достоверно чаще, чем у лиц контрольной группы (у мужчин $P = 0,02$, у женщин $P = 0,04$). Снижение МПКТ в варианте остеопении регистрировалось с одинаковой частотой в обеих исследуемых группах.

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать ПИКС в качестве дополнительного фактора риска развития остеопороза.

Е.Б. АНИКИНА ОЦЕНКА ТЕМПОВ СТАРЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научный руководитель — А.М. Вавилов

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Процесс старения характеризуется нарастающим снижением надежности регуляции гомеостаза, снижается возможный диапазон приспособляемости, уменьшается скорость реализации защитно-приспособительных реакций организма. Все это закономерно приводит к увеличению частоты развития заболеваний, их продолжительности и тяжести течения.

В связи с этим, у больных язвенной болезнью (ЯБ) определялся биологический возраст (БВ), отражающий степень системной дезинтеграции организма, «показатель уровня износа структуры и функции организма», и индекс БВ / ДБВ, где ДБВ — должный БВ, рассматриваемый как «популяционный стандарт старения».

Цель: определить и оценить темпы постарения больных ЯБ разных возрастных групп, в сравнении с практически здоровыми людьми.

Материалы и методы: БВ и ДБВ устанавливался по методу В.П. Войтенко (1984).

Исследовались 64 человека (43 мужчины и 21 женщина), больных ЯБ, в возрасте 20-

39, 40-59, 60-79 лет. Также обследованы 48 практически здоровых лиц (32 мужчины и 16 женщин) 20-39, 40-59 и 60-79 лет.

Результаты исследования: У больных ЯБ 20-39 лет соотношение БВ и ДБВ близко к 1, а у больных ЯБ 40-59 лет отношение средней величины БВ к ДБВ меньше 1. У практически здоровых соотношение средней величины БВ к ДБВ в возрасте 20-39 лет больше 1, а в возрасте 40-59 лет это соотношение близко к 1. Средняя величина БВ у больных ЯБ 20-39 лет составила $32,35 \pm 1,35$ условных года, а у практически здоровых этого возраста — $41,28 \pm 1,57$ ($P < 0,001$). В возрасте 40-59 лет средняя величина БВ у больных ЯБ составила $41,23 \pm 1,85$, у практически здоровых — $51,14 \pm 2,15$ ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных ЯБ отмечаются более медленные темпы развития и старения, по сравнению с практически здоровыми людьми, что свидетельствует о важности изучения возрастных аспектов этиопатогенеза заболевания.

Е.Б. АНИКИНА
ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ
ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научный руководитель — А.М. Вавилов
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Вряду личностных факторов, играющих роль в развитии, формировании, течении, прогнозе болезни, большое значение имеют особенности отражения болезни в переживаниях больного, то, что известный интернист Р.А. Лурья определил как внутреннюю картину болезни. Недостаточно адекватное отношение пациентов к своему состоянию в ряде случаев может осложнять течение заболевания, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса.

Цель: оценить внутреннюю картину болезни у больных язвенной болезнью разных возрастных групп.

Материалы и методы: Для оценки отношения пациентов к заболеванию использовался личный опросник Бехтеревского института (ЛЮ-БИ). Исследовались 60 человек, мужчин и женщин, в возрасте 20-39, 40-59 и 60-79 лет.

Результаты исследования: У больных 20-39 лет преобладали гармонический, сенситивный, эйфорический и паранойяльный типы отношения к заболеванию. У больных язвенной болезнью 40-59 лет преобладающими типами были: гармонический, сенситивный, эргопатический и паранойяльный. В возрастной группе 60-79 лет

наблюдалось равномерное распределение типов отношения к заболеванию, без какого-либо преобладания. При сравнении пациентов из разных возрастных групп, статистически достоверным было преобладание гармонического типа у больных 40-59 лет ($P < 0,05$) и эргопатического типа («уход в работу»), тогда как у более молодых пациентов (20-39 лет) статистически достоверно преобладание эйфорического типа отношения к своему заболеванию, по сравнению с другими возрастными группами.

Таким образом, в практической врачебной деятельности необходимо учитывать, что больные 20-39 лет достаточно часто неадекватно воспринимают свое состояние, что ведет к легкомысленному отношению к лечению, низкой комплаентности. Пациенты 40-59 лет также достаточно часто демонстрируют неадекватность осознания своей болезни, что, однако, проявляется по-другому — демонстрируется эргопатический тип отношений, т.е. «уход в работу», попытка преодолеть заболевание через его игнорирование, увеличение нагрузок. Все это требует дополнительного внимания врача, необходима коррекция представлений таких больных.

Н.Н. БУРИЛИНА, М.В. АНКУДИНОВА
БРОНХОЛИТИЧЕСКАЯ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ
ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ОБЛАСТНОГО
ГОСПИТАЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

Научный руководитель — Т.Е. Помыткина
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной госпиталь ветеранов войн, г. Кемерово*

Цель: изучить частоту назначения различных бронхолитических и противовоспалительных препаратов для лечения бронхиальной астмы (БА) у амбулаторных больных Областного госпиталя ветеранов войн.

Методы: анализ амбулаторных карт больных БА, состоящих на диспансерном учете в ОГВВ.

Результаты: проанализировано 50 амбулаторных карт больных с БА, инфекционноза-

висимой, различного течения. Больные были разделены на две группы по возрасту: пожилые — с 60 до 74 лет, старые — с 75 до 90 лет. Группу пожилых больных составили 33 человека, из них 8 мужчин и 25 женщин. В группу старых вошли 17 человек, из них 4 мужчин и 13 женщин. В группе пожилых 30 человек (90,9%), с бронхолитической целью, получали симпатомиметики (сальбутамол, ас-

мопент, беротек), 10 человек (30,3 %) – пролонгированные теофиллины (теопек, теотард), 5 человек (15,2 %) – теофедрин, 3 человека (9,1 %) – эуфиллин. В группе старых симпатомиметики получали 15 человек (88,2 %), пролонгированные теофиллины – 5 человек (29,4 %), теофедрин – 2 человека (11,8 %), эуфиллин – 1 человек (5,8 %). Ингаляционные М-холинолитики (ипротропиум бромид, тиотропиум бромид) не получал ни один больной.

Глюкокортикоиды (ГК) в группе пожилых получали 21 человек (63,7 %), из них системные ГК (преднизолон, полкортолон) – 7 человек (21,2 %), ингаляционные ГК (будесонид-форте, беклометазон) – 14 человек (42,4 %). В группе старых ГК получали 14 человек (82,3 %), из них системные ГК – 11 че-

ловек (64,7 %), ингаляционные ГК – 3 человека (17,6 %).

Выводы: анализ амбулаторных карт показал, что участковыми врачами, для лечения БА с целью бронходилатации, назначаются преимущественно симпатомиметики и пролонгированные теофиллины, не используются ингаляционные М-холинолитики. Таким образом, назначаемые при БА бронхолитические препараты не всегда соответствуют формулярной системе. Выявлено, что в группе пожилых в качестве противовоспалительной терапии назначаются в большей степени ингаляционные ГК, в группе старых – системные ГК. Назначение системных ГК в пожилом и старческом возрасте нежелательно, так как они способствуют развитию остеопороза, язвенных поражений ЖКТ, диабета.

Т.Н. ГАЛКИНА, Е.В. ПОЛТОРАЦКАЯ
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ
В ПОЛИКЛИНИКЕ

Научный руководитель – А.Г. Солодовник
МУЗ Клиническая поликлиника № 5, г. Кемерово

Высокий уровень заболеваемости, нетрудоспособности и инвалидности при хронических обструктивных болезнях легких, ведет к поиску новых методов лечения, один из них – небулайзеротерапия.

Цель работы: оценка клинической эффективности введения бронхолитиков через небулайзер.

Материалы и методы. За 6 месяцев с применением небулайзера «Omron NECX» были пролечены 92 больных бронхиальной астмой тяжелой и средней степени тяжести и хроническим обструктивным бронхитом в фазе обострения заболеваний, из них 29 мужчин и 63 женщины в возрасте от 18 до 72 лет. Применялись специальные, предназначенные для небулайзеров, растворы бронхолитических препаратов: беродуал – у 62, беротек – у 25, стерис-неб – у 6 больных. Препараты применялись в дозах 1-2 мл раствора (20-40 капель), в течение 10-15 минут, 1-5 раз в сутки. Для диагностики и подтверждения диагноза бронхиальной астмы, а также для уточнения степени и характера нарушений бронхиальной проводимости, всем больным проводилось исследование

функции внешнего дыхания, пикфлоуметрия и тест на обратимость бронхиальной обструкции.

Результаты и выводы. Оценка эффективности терапии проводилась по трехбалльной шкале: «2» балла – «хороший эффект», исчезли тяжелые приступы, удалось снять обострение, ПСВ 80 % и более от должного – у 56 больных (61,0 %); «1» балл – «удовлетворительный эффект», отмечается положительная динамика, сняты тяжелые приступы, однако сохраняются ежедневные симптомы на фоне базисной терапии, бета2-агонисты по 1 дозе 1-2 раза в сутки, ПСВ менее 80 % от должного – у 34 больных (37,0 %); «0» баллов – «неудовлетворительный эффект», положительной динамики не наблюдается – у 2 пациентов (2,0 %).

Таким образом, ингаляции бронхолитиков с помощью небулайзера эффективны при тяжелых затяжных приступах бронхиальной астмы и необходимости применения высоких доз бронхолитиков; при плановой бронхолитической терапии больных бронхиальной астмой тяжелой и среднетяжелой степени и хроническим обструктивным бронхитом.

Н.Л. ДОЧКИНА ЗАВИСИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ГРУПП КРОВИ

Научный руководитель – Н.А. Барбараш
Кемеровский областной медицинский колледж, г. Кемерово

Проблемы ранней диагностики и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в детском и юношеском возрасте имеют первостепенное значение для улучшения состояния здоровья взрослых и увеличения продолжительности их жизни.

В последние десятилетия проводится поиск и исследование различных факторов, которые могут повышать риск развития патологии сердечно-сосудистой системы.

Встречаются сведения о неодинаковой частоте неинфекционных заболеваний среди людей с различными группами крови (Берчану Ш., 1985). Обнаружено также, что у лиц с группой крови II (A) выше уровень кортизола в крови (Newmann S.K., 1992). Группа крови может быть важным гематологическим показателем, связанным и с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В связи с этим нами была рассмотрена выраженность таких факторов риска, как гипертензивные реакции и курение у лиц с различными группами крови. Обследованы 355 подростков в возрасте 17-18 лет (114 девушек и 126 юношей). Средние величины артериального давления (АД) представлены в таблице 1.

Показатели систолического АД девушек III (B) группы крови достоверно отличаются ($P < 0,05$) от показателей АД девушек I (O), II (A) и IV (AB) групп крови. Показатели диастолического АД девушек I (O) группы достоверно ($P < 0,05$) отличаются от показателей АД девушек II (A), III (B) и IV (AB) групп крови.

Показатели систолического АД юношей III(B) группы крови достоверно отличаются ($P < 0,05$) от показателей АД юношей I (O), II (A) и IV (AB) групп крови. Показатели диастолического АД юношей I (O) группы достоверно отличаются от показателей АД юношей II (A) ($P < 0,05$), III (B) ($P < 0,001$) и IV (AB) ($P < 0,05$) групп крови.

Распространенность повышенных прессорных реакций среди всей популяции подростков состави-

ла 4,7 %; (среди девушек – 5,3 %, среди юношей – 3,8 %), что соответствует данным литературы (Надеждина Е.А., 1990). У девушек наибольшая распространенность повышенных реакций (8,0 %) была выявлена среди лиц, имеющих III (B) группу крови, а у юношей (6,3 %) – II (A) группу крови.

Для изучения связи курения с группами крови было проведено анкетирование 177 юношей. Доля курящих составила 50,8 % (90 человек). Распространенность курения и средний возраст начала курения среди лиц с различными группами крови представлены в таблице 2.

Таким образом, наибольшее ($P < 0,05$) число курящих учащихся выявлено среди представителей IV (AB) группы; большое число (53,8 %) – среди лиц III (B) группы крови и наименьшее ($P < 0,05$) – среди лиц I (O) группы крови.

Наиболее ранний возраст начала курения среди всех учащихся – 12 лет (16 %). Возраст начала курения у лиц II (A) группы крови достоверно больше возраста начала курения лиц с IV (AB), III (B) и I (O) группами крови ($P < 0,05$).

Таким образом, у лиц юношеского возраста существует определенная связь между групповой принадлежностью крови и двумя факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Таблица 1
Средние величины артериального давления у подростков

Группы крови	Юноши					Девушки				
	Систолическое АД		Диастолическое АД		n	Систолическое АД		Диастолическое АД		n
	M	± m	M	± m		M	± m	M	± m	
I(O)	118,7	0,1	78,0	0,1	33	107,7	8,8	69,9	6,91	41
II(A)	118,5	0,1	77,3	0,1	59	108,1	14,1	66,2	1,31	42
III(B)	119,8	0,5	77,05	0,2	22	108,9	9,2	69,1	1,93	25
IV(AB)	119,2	0,2	77,7	0,3	13	106,7	12,8	65,0	5	6

Таблица 2
Процент курящих юношей и средний возраст начала курения среди лиц с различными группами крови

Группа крови	Всего юношей	Курящие		Возраст начала курения M ± m
		Абс.	%	
I(O)	56	24	42,9	15,6 ± 0,07
II(A)	74	38	51,4	16,4 ± 0,06
III(B)	26	14	53,8	15,8 ± 0,17
IV(AB)	21	14	66,7	16,3 ± 0,24



В.Н. ЗИМИНА ТУБЕРКУЛЕЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово

Поражение туберкулезом верхних дыхательных путей значительно ухудшает прогноз течения инфекционного заболевания. Необходимость своевременной диагностики туберкулеза бронхов диктуется развитием необратимых изменений в его стенке и, как следствие, в легочной паренхиме. По данным различных исследований, встречаемость активного туберкулеза бронхов варьирует от 4 до 15 %, а неактивного (рубцов, стенозов) — от 4,7 до 26,6 %. Учитывая изложенное, мы поставили своей целью изучить частоту и характер туберкулезного поражения бронхов в нашем регионе за 2001 год. Анализ клинического материала проводился по данным эндоскопического кабинета ОКПТД.

За 2001 г. было проведено 1473 эндоскопических исследований. Фибробронхоскопия (ФБС) (аппарат Olympus P-40) по поводу туберкулеза органов дыхания проведена 964 пациентам. Во время проведения ФБС, помимо макроскопической оценки состояния бронхиального дерева, всем больным проводились смывы со стенок бронхов с исследованием на МБТ, щеточная биопсия с цитологическим и бактериологическим исследованием, в показанных случаях — щипцовая биопсия, с последующим гистологическим исследованием.

Из 964 пациентов, обследованных по поводу туберкулеза легких или с подозрением на него, специфические изменения в дыхательных путях были выявлены у 114 больных, частота и характер поражения представлены в таблице.

Таблица

Частота выявления клинических форм активного и неактивного туберкулеза дыхательных путей

Клинические формы	n = 964	%
Активный туберкулез бронхов:	69	7,2
- Инфильтративная форма	57	5,9
- Язвенная форма	10	1,1
- Язвенно-бронхолитическая	2	0,2
Неактивный туберкулез бронхов:	33	3,4
- Концентрический рубцовый стеноз	13	1,3
- Пристеночный рубцовый стеноз	20	2,1
Сочетанное поражение бронхов (активный и неактивный туберкулез)	5	0,5
Туберкулез гортани	7	0,7
Всего:	114	11,8

Как видно из представленных данных, поражение бронхиального дерева туберкулезной ин-

фекцией наблюдалось в 10,8 % случаев, туберкулез гортани — в 0,7 %. Гистологическая верификация туберкулезного воспаления определена у 11 из 114 больных (9,6 %), бактериологическое подтверждение — у 57 пациентов (50 %). В остальных случаях диагноз специфического воспаления выставлялся на основании характерной макроскопической картины измененной стенки бронха.

Наиболее часто туберкулезом поражались верхнедолевые бронхи (в 35 % случаев), причем правый верхнедолевой бронх вовлекался в процесс несколько чаще, чем левый (19,2 % и 15,8 %, соответственно). С данными литературы этот вывод не согласуется. На втором месте стояла локализация бронха S-6 (в 10,8 % наблюдений справа и в 6,7 % — слева). Специфическое воспаление среднедолевого бронха отмечено в 10 % случаев, а бронхов S-4, S-5 слева — в 4,2 % наблюдений. Несколько реже поражались нижнедолевые бронхи — 5,8 % и 4,2 %, соответственно. Практически с одинаковой частотой отмечено воспаление главных бронхов — 4,2 % и 5 %, соответственно. У 1,7 % больных выявлен туберкулез промежуточного бронха. В остальных случаях (12,4 %) зарегистрированы поражения сегментарных и субсегментарных бронхов, преимущественно верхних долей.

Клиническими формами туберкулеза органов дыхания, которые наиболее часто осложняются туберкулезом дыхательных путей, по нашим данным, являются инфильтративный туберкулез легких и казеозная пневмония (66 из 114 наблюдений или 57,9 %), значительно реже — фибринозно-кавернозный туберкулез (22 случая или 19,3 %). Достаточно часто бронхи вовлекались в специфический процесс при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов (16 больных, 14 %), реже — при экссудативном плеврите (3,5 %), цирротическом (1,8 %) и диссеминированном туберкулезе легких (0,9 %). В одном случае (0,9 %) выявлен изолированный туберкулез бронха. У двух пациентов (1,8 %), обследовавшихся по поводу больших остаточных изменений после перенесенного туберкулеза легких, выявлен рубцовый стеноз II и III степени.

Таким образом, по результатам нашего исследования, специфическое поражение дыхательных путей встречается в 11,8 % случаев, причем активный туберкулез бронхов и гортани зарегистрирован в 8,2 % наблюдений (что соответствует средним литературным данным по этому вопросу). Неактивный туберкулез бронхов в виде руб-

цовых стенозов выявлен в 3,9 % случаев. Наиболее часто в инфекционный процесс вовлекаются верхнедолевые и бронхи шестого сегмента. Ин-

фильтративный туберкулез легких осложняется туберкулезом бронхов значительно чаще других клинических форм.

Я.В. КАЗАЧЕК

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НАСЕЛЕНИЯ ГОРНОЙ ШОРИИ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово*

В настоящее время большой интерес со стороны исследователей вызывает к себе «метаболический синдром», или «синдром Х», который включает в себя артериальную гипертензию (АГ), ИБС, ИНСД, дислиппротеидемию и абдоминальное ожирение. В связи с этим, целью нашего исследования явилась оценка взаимосвязи артериальной гипертензии с компонентами метаболического синдрома у населения Горной Шории.

Путем экспедиционных выездов была обследована выборка из 1215 человек в возрасте от 18 лет, проживающих в сельских районах Горной Шории (шорцы – 550 и не шорцы – 665 человек). Эпидемиологические исследования проводились по стандартным методикам.

АГ выявлена у 39,5 % обследованных мужчин и у 52,6 % женщин. У лиц с АГ, по сравнению с лицами без АГ, достоверно выше значение индекса Кетле ($26,9 \pm 5,5$ и $23,4 \pm 3,8$, соответ-

ственно). Выявлены достоверные различия в уровне гликемии: $6,8 \pm 1,7$ ммоль/л у лиц с АГ и $5,7 \pm 1,3$ ммоль/л у лиц без АГ ($P < 0,05$). При анализе липидного спектра установлено, что у гипертоников уровень общего холестерина, триглицеридов и индекса атерогенности достоверно выше, а содержание ХС-ЛПВП ниже, чем у нормотензивных лиц. Выявлены различия и в уровнях С-пептида и иммунореактивного инсулина (ИРИ): у нормотензивных лиц зарегистрированы меньшие значения С-пептида и ИРИ, по сравнению с гипертониками.

Таким образом, показано, что артериальная гипертензия тесно сопряжена с различными компонентами метаболического синдрома. Известно, что в основе ассоциации артериальной гипертензии с метаболическими расстройствами лежит инсулинорезистентность, что необходимо учитывать при проведении лечения.

Я.В. КАЗАЧЕК

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ПРИ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово*

Цель исследования: Оценить особенности медикаментозной подготовки больных ИБС при коронарном шунтировании (КШ) на работающем сердце.

Материал и методы: С ноября 2000 г. по октябрь 2002 г., 18 мужчинам (85,7 %) и 3 женщинам (14,3 %) в возрасте от 37 до 59 лет (в среднем, 49 лет), преимущественно с поражением 1-3-х коронарных артерий, выполнили «прямую» реваскуляризацию миокарда на работающем сердце, с использованием эпоксидофиксатора или без него. У всех больных был сформирован маммарокоронарный анастомоз (МКА): у 17 пациен-

тов – с передней нисходящей артерией (ПНА), у 2-х – с ветвью тупого края (ВТК) и у 2-х – с правой коронарной артерией. В двух случаях МКА был дополнен КШ сегментом левой лучевой артерии I, либо II диагональной ветви.

До реваскуляризации у одного пациента (4,8 %) верифицировали стенокардию напряжения II ФК, в 12 случаях (57 %) – III ФК, в одном (4,8 %) – IV ФК, в 6 (28,6 %) – прогрессирующую, в одном (4,8 %) – впервые возникшую стенокардию. Инфаркт миокарда (ИМ) перенесли 15 больных (71,4 %), причем двое – дважды. Q-образующий ИМ отмечен в 10 случаях (47,6 %),

Q-необразующий ИМ – в 5 (23,8 %). Длительность «коронарного» анамнеза – от 1,5 месяцев до 11 лет (в среднем, 2 года). У подавляющего большинства больных имелись различные факторы риска: артериальная гипертония (17 чел., 80,9 %), сахарный диабет (1 чел., 4,8 %), курение (14 чел., 66,6 %), гиперлипидемия (11 чел., 52,4 %), облитерирующий атеросклероз сосудов н/конечностей (1 чел., 4,8 %), ожирение (9 чел., 42,8 %).

До операции, в течение 2 недель, все пациенты принимали б-блокаторы (атенолол 50-150 мг в сутки или конкор 10 мг в сутки). Это позволило поддерживать на этапе формирования

анастомозов с коронарными артериями среднюю ЧСС = $61,4 \pm 2,8$ в минуту. Вышеуказанная методика привнесла определенные «хирургические удобства» и позволила адекватно выполнить МКА с ПНА на работающем сердце. Все больные были проведены по программе, направленной на раннюю активизацию, экстубированы в условиях операционной через 60-90 минут после окончания операции, без случаев реинтубации.

Вывод: Использование б-блокаторов (в индивидуально подобранных дозах) позволяет выполнить адекватную реваскуляризацию миокарда на работающем сердце у определенной группы больных.

Е.Ж. КАШИРИНА, Н.П. ШАХВОРОСТ АНАЛИЗ РАБОТЫ ШКОЛЫ БОЛЬНОГО ДИАБЕТОМ

Муниципальная городская клиническая больница № 1, г. Новокузнецк

Сахарный диабет – хроническое, неизлечимое заболевание, поддающееся контролю и управлению. Основной целью лечения сахарного диабета является достижение и поддержание нормогликемии, что предупреждает развитие сосудистых осложнений. Для реализации этой цели больной должен принимать активное участие в управлении своим заболеванием. Для обучения больных созданы специализированные школы.

В нашем отделении Школа для больных сахарным диабетом активно работает с 1995 года. С 2001 года обучение пациентов проводится в двух Школах: для больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типа. Занятия ведутся в групповом и индивидуальном порядке. У обучаемых пациентов учитываются следующие параметры: возраст, длительность заболевания, ИМТ, сроки пребывания в стационаре, гликемический профиль до и после обучения, случаи кетоацидоза и гипогликемии, выраженность сосудистых осложнений, наличие ИБС, артериальной гипертонии, жирового гепатоза, доза сахароснижающих средств до и после обучения, уровень знаний. За 2000-2002 гг. обучено 1047 человек, из них 308 мужчин (29,5 %) и 739 женщин (70,5 %). Возраст больных составил от 15 до 85 лет, большая часть пациентов – старше 40 лет. Из обученных, 433 больных диабетом 1-го типа (41,4 %) и 614 – с диабетом 2-го типа (58,6 %). Длительность заболевания – от 1 месяца до 40 лет. Анализ ИМТ свидетельствует о преобладании пациентов с избыточным весом (ИМТ выше 25).

Состояние кетоацидоза выявлено у 164 пациентов (15,7 %), гипогликемические состояния – у 135 пациентов (12,8 %). Отмечено, что в 2002 г. в состоянии кетоацидоза госпитализировано наименьшее количество пациентов – 44 человека (4,2 %), что на 2,5 % меньше, в сравнении с

2001 г. Среди пациентов, поступивших в кетоацидозе за 2002 год, лишь 7 человек прошли обучение в школе диабета. Анализ причин развития кетоацидоза у обученных больных выявил их однотипность: присоединение острых респираторных заболеваний, возникновение пневмонии, острого бронхита. Во время данных состояний пациенты не смогли правильно изменить дозу инсулина.

В структуре поздних осложнений диабета выявлено преобладание диабетической нефропатии на стадии протеинурии, без нарушения азотовыделительной функции. Данное состояние отмечено у 597 пациентов (57 %). За 2002 год увеличилось количество больных, имеющих диабетическую нефропатию в стадии хронической почечной недостаточности – 19 человек (1,8 %), что на 0,75 % выше, чем в 2001 году.

При анализе картины глазного дна выявлена одинаковая частота непролиферативной и препролиферативной ангиоретинопатии. Среди пациентов, прошедших обучение в Школе больных диабетом, не отмечено прогрессирование данного осложнения.

Диабетическая полинейропатия выявлена у 916 пациентов (87 %), с преобладанием полинейропатии II-й стадии – 578 человек (55,2 %).

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний выявлено доминирование артериальной гипертонии – 479 пациентов (45,7 %), ишемическая болезнь диагностирована у 165 пациентов (15,7 %).

При оценке уровня знаний пациентов, по завершению курса обучения, отмечено значительное повышение уровня информированности у большинства больных. Однако у пациентов, прошедших курс обучения 2-3 года назад, при анкетировании было выявлено снижение уровня зна-

ний, которые они вынесли из предыдущего обучения. Это свидетельствует о необходимости ежегодного, повторного посещения занятий в Школе для больных сахарным диабетом.

При анализе работы Школы мы убедились, что необходимо сделать акцент на обучении пациентов по управлению диабетом в интеркуррентных состояниях.

Е.В. КИРЬЯНОВА, Э.Е. КИСЛОВ, А.М. БАТРАКОВ
 ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ И АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ
 ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ
 С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
 АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Городская клиническая больница № 29, г. Новокузнецк

Цель исследования: Оценить эффективность монотерапии антагонистов кальция, ингибиторов АПФ и их комбинации при лечении артериальной гипертензии (АГ) у больных с хронической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование были включены 51 человек (все мужчины, в возрасте 44-68 лет) с АГ длительностью 5 лет и более (систолическое артериальное давление 160-220 мм рт.ст., диастолическое – 100-120 мм рт.ст.). Пациенты были госпитализированы по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. Больных разделили на пять групп. I группа (9 человек) в качестве гипотензивной терапии получала верапамил 240 мг/сутки; II группа (9 человек) – кордипин-ретард 80 мг/сутки; III группа (9 человек) – эналаприла малеат 20 мг/сутки; IV группа (12 человек) – верапамил 120 мг/сутки и эналаприла малеат 10 мг/сутки; V группа (12 человек) – кордипин ретард 40 мг/сутки и эналаприла малеат 10 мг/сутки. Пациенты соблюдали гипосолевую диету.

Эффективность гипотензивной терапии оценивали через одну неделю по снижению систолического и диастолического АД и по переносимости лечения.

Результаты. В результате проводимой гипотензивной терапии удалось снизить АД до целе-

вого уровня: в I-й группе – у 44 % пациентов; во II-й группе – у 55,6 %, в III-й группе – у 67 %, в IV-й группе – у 83 % и в V-й группе – у 91 % больных.

Побочные эффекты выявлены: в I-й группе – у трех пациентов (синусовая брадикардия); во II-й группе – у двух пациентов (головная боль, чувство жара и гиперемия лица); в III-й группе – у одного пациента (сухой кашель). В IV-й и V-й группах больных, при применении комбинированной терапии, побочных эффектов отмечено не было.

Выводы. Наибольший гипотензивный эффект был достигнут при использовании комбинации низких терапевтических доз препаратов из группы антагонистов кальция и ингибиторов АПФ. Монотерапия высокими дозами сопровождалась появлением побочных реакций, что заставляло врача отменять данный препарат и заменять его другим. Так как ингибиторы АПФ и антагонисты кальция, помимо гипотензивного эффекта, способны улучшать нарушенные структурно-морфологические характеристики сосудистой стенки и обладают антиатеросклеротическим действием, их можно считать базовыми препаратами при лечении артериальной гипертензии у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

С.А. КЛОЧКОВА-АБЕЛЬЯНЦ
 СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ
 ОРГАНИЗМА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

Одним из неблагоприятных последствий дефицита железа является повышенная восприимчивость организма к инфекци-

онно-воспалительным заболеваниям. Функция нейтрофильных лейкоцитов при дефиците железа привлекает внимание исследователей из-за их

чрезвычайно важной роли в инфекционно-воспалительном процессе.

Нами изучена функционально-метаболическая активность нейтрофильных лейкоцитов, ответственная за процесс фагоцитоза и внутриклеточное переваривание микроорганизмов, а также гуморальное звено неспецифической резистентности – система комплемента. Обследовано 42 женщины, страдающих железодефицитной анемией (ЖДА), в возрасте от 16 до 52 лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых женщин. Диагноз ЖДА ставился на основе клинических данных, гематологических и биохимических исследований. Фагоцитарную активность лейкоцитов крови определяли по методу В.М. Бермана и Е.М. Славской (1958). В качестве объекта фагоцитоза использовали штамм *Staphylococcus aureus-209*. Для оценки фагоцитоза вычисляли индекс Гамбургера (ФИ), фагоцитарное число Райта (ФЧ), индекс завершенности фагоцитоза (ИЗФ), абсолютный фагоцитарный показатель (АФП), количество активных фагоцитов (КАФ), опсонический индекс поглощения (ОИП). Состояние интралейкоцитарной микробицидной системы нейтрофилов оценивали по активности миелопероксидазы (МПО). Метаболиты активированного кислорода оценивали по спонтанному и стимулированному НСТ-тесту. Общую активность комплемента сыворотки крови исследовали методом гемолитического титрования по 50 % гемолизу (СН50). Результаты исследований обрабатывали методом вариационной статистики, с использованием Т-критерия Стьюдента.

Результаты исследования свидетельствовали о достоверном снижении фагоцитарного числа при ЖДА разной степени тяжести, $P < 0,05$ (таблица). При оценке фагоцитарного индекса, количества активных фагоцитов у больных ЖДА достоверных отличий от практически здоровых лиц не обнаружено ($P > 0,05$), в то время как абсолютный фагоцитарный показатель имел тенденцию к снижению уже при легкой ЖДА, а в группе больных средней и тяжелой ЖДА оказался достоверно сниженным по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$) (таблица). Наиболее выраженные изменения обнаружены нами при оценке завершенности фагоцитоза. У больных ЖДА легкой степени тяжести ИЗФ оказался достоверно ниже, по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$). Наиболее выражено снижение ИЗФ у больных средней и тяжелой степени анемии, причем этот показатель достоверно снижен, как по сравнению с контрольной

группой ($P < 0,001$), так и по сравнению с группой больных ЖДА легкой степени ($P < 0,05$), т.е. степень снижения завершенности фагоцитоза зависит от выраженности железодефицита. При сопоставлении опсонизирующих свойств сыворотки у больных ЖДА и практически здоровых лиц обнаружено достоверное снижение ОИП, как в группе больных с легкой ЖДА ($P < 0,01$), так и в группе больных ЖДА средней и тяжелой степени тяжести ($P < 0,01$).

Таблица
Показатели фагоцитарной активности лейкоцитов, НСТ-теста и комплемента при ЖДА

Показатель	Группа		
	Контрольная группа (n = 25)	ЖДА I ст. тяжести (n = 21)	ЖДА II и III ст. тяжести (n = 21)
ФИ, %	89,33±1,97	86,60±2,75	88,0±1,82
ФЧ	10,93±0,75	8,69±0,62***	8,63±0,65***
ИЗФ	1,18±0,05	0,93±0,04*	0,79±0,07***
ОИП	1,22±0,04	1,04±0,04**	0,98±0,06**
НСТ сп., %	26±4,43	11,64±2,79***	9,67±2,85**
НСТ ст., %	61,33±5,20	45,31±7,9***	23,62±11,81**
КАФ × 10 ⁹ /л	3,01±0,3	2,98±0,21	2,83±0,38
АФП × 10 ⁹ /л	44,91±5,46	35,94±3,99	23,6±3,01***
МПО	2,59±0,08	2,09 ±0,18***	1,57±0,07*
СН 50, Ed	39,30±3,21	32,42±3,10	23,33±1,67***

Примечание: * - достоверность различия с показателями контрольной группы: * - $P < 0,001$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,05$; * - достоверность различия с показателями в группе больных ЖДА легкой степени тяжести: * - $P_1 < 0,001$

При оценке спонтанного НСТ-теста процентное содержание нейтрофилов, восстанавливающих нитросиний тетразолий у женщин, страдающих ЖДА, значительно снижено, $P < 0,05$. Результаты исследования активности нейтрофилов, стимулированных пирогеналом, свидетельствуют об ограничении резервных возможностей фагоцитоза при ЖДА. Активность МПО в полиморфноядерных лейкоцитах значительно снижена при ЖДА ($P < 0,01$). Изучение комплементарной активности сыворотки крови по СН50 позволило отметить снижение активности комплемента, по мере нарастания степени тяжести ЖДА. Общая активность комплемента сыворотки крови имела тенденцию к снижению уже при легкой степени ЖДА, а при средней и тяжелой ЖДА оказалась достоверно снижена ($P < 0,05$).

Итак, ЖДА сопровождается нарушениями функционального состояния нейтрофилов, выражающимися в снижении фагоцитарного числа, индекса завершенности фагоцитоза, опсонического индекса поглощения, активности миелопероксидазы, кислородзависимых механизмов бак-

терицидности, а также уровня комплемента, что является важным фактором в хронизации ин-

фекционно-воспалительных процессов при сидеропенических состояниях.

Н.Н. КОНСТАНТИНОВА
ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ,
ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ
УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

Областная клиническая больница, г. Кемерово

Применение йодсодержащих витаминно-минеральных препаратов в послеоперационном периоде этиопатогенетически обосновано, поскольку в генезе эндемического зоба ведущим фактором является дефицит йода, действие которого усиливается дефицитом селена, цинка и других микроэлементов. Однако многие авторы продолжают назначать в послеоперационном периоде, с целью профилактики рецидивов, тиреоидные гормоны.

С целью сравнения эффективности противорецидивной терапии изучены отдаленные результаты у 228 больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба. Из них 100 человек (I-я группа) принимали йодсодержащие витаминно-минеральные препараты, 57 человек (II-я группа) – тиреоидные гормоны, 71 человек (III-я группа, контрольная) – по тем или иным причинам в послеоперационном периоде не лечились. За рецидив принимали выявляемый пальпаторно и (или) при сонографии узел размером 1 см и более.

Рецидив узлового зоба был выявлен у 23 человек ($10,0 \pm 1,9$ %). У большей части больных (16 человек) рецидив диагностирован спустя четыре-шесть лет после операции, в среднем, через $5,66 \pm 0,04$ лет.

Рецидивы узлового зоба среди пациентов I-й группы выявлены у двух человек ($2,0 \pm 1,41$). Им выполнены: гемитиреоидэктомия и удаление одной доли с резекцией нижней трети второй доли.

Среди больных II-й группы рецидивы были выявлены у 11 человек ($19,3 \pm 5,2$ %). Из них резекция доли была выполнена одной пациентке, резекция половины щитовидной железы – шести больным, резекция более половины щитовидной железы – четырем больным.

В III-й группе рецидив выявлен у 9 человек ($12,7 \pm 3,4$ %). Из них резекция доли щитовидной железы была выполнена одной пациентке, резекция половины щитовидной железы – шести

больным, субтотальная резекция щитовидной железы – трем больным.

Частота рецидивов у лиц, принимавших йодсодержащие препараты, достоверно ниже, чем у больных, принимавших тиреоидные гормоны и не лечившихся ($P_{1-2} < 0,01$; $P_{1-3} < 0,05$). Различия, полученные между второй и третьей группами, статистически недостоверны ($P_{2-3} > 0,05$).

Исследование показало, что прием йодсодержащих витаминно-минеральных препаратов снижает частоту рецидивов узлов, поскольку число последних у пациентов первой группы в четыре раза ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,05$), и в шесть раз ниже, чем у пациентов, лечившихся тиреоидными гормонами ($P < 0,01$).

Достоверных различий числа рецидивов у больных, принимавших тиреоидные гормоны и не лечившихся не было ($P > 0,05$). Следовательно, лечение тиреоидными гормонами не предотвращает рецидивов.

Повторное вмешательство было выполнено четырем пациентам (8,72 %). При гистологическом исследовании удаленной ткани щитовидной железы определялся узловой смешанно-фолликулярный коллоидный зоб.

У 18 больных хирургическое лечение не выполнялось, в связи с небольшими размерами узлов и отсутствием признаков злокачественного роста, по данным режущей биопсии под контролем УЗИ. Им были назначены витаминно-минеральные препараты. У трех из них на фоне лечения йодсодержащими препаратами размер узлов уменьшился в два раза. У остальных пациентов при наблюдении в течение одного-двух лет роста узлов не выявлено.

Полученные результаты позволяют рекомендовать йодсодержащие витаминно-минеральные комплексы в качестве патогенетически обоснованного средства профилактики рецидива узлового коллоидного зоба после оперативного вмешательства на щитовидной железе.

Ю.Б. КОРОЛЕВА, С.М. БРЫЗГАЛИНА, И.В. СКРИПЧЕНКО РОЛЬ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ПРАКТИКЕ ЭНДОКРИНОЛОГА

Муниципальная городская больница № 1, г. Новокузнецк

Остеопороз (ОП)— заболевание, для которого характерна низкая минеральная плотность кости (МПК), приводящая к повышенному риску переломов.

ОП называют «безмолвной эпидемией», так как потеря массы кости происходит постепенно и часто диагностируется уже после перелома.

Последствия ОП в виде переломов позвоночника и трубчатых костей обуславливают значительный подъем заболеваемости, смертности и инвалидизации среди лиц пожилого возраста. Моральные и экономические потери общества огромны.

ОП — заболевание, при котором профилактические мероприятия достаточно конкретны и дают положительный результат, а длительное и настойчивое лечение с использованием современных лекарственных форм эффективно и может оказывать существенное влияние на частоту и риск переломов.

В течение последних 15 лет отмечается интенсивное развитие методов и аппаратуры для неинвазивной количественной оценки минеральной плотности костной ткани. Наибольшее распространение получили денситометрические методы, основанные на принципах количественной оценки МПКТ.

Эти методы отличаются по ряду параметров, таких как точность, воспроизводимость, доза радиации, время, необходимое для определения исследования. По мнению ряда исследователей, денситометрия в ближайшем будущем займет одну из ведущих позиций в диагностике остеопороза.

По рекомендациям ВОЗ, при снижении костной массы и плотности костной ткани у пациен-

тов в пределах от 1 до 2,5 стандартных отклонений можно говорить об остеопении. Остеопороз диагностируется при снижении показателей костной массы и плотности костной ткани более чем на 2,5 стандартных отклонений.

В Новокузнецке денситометрическая диагностика ОП применяется в течение года, с использованием как ультразвуковых, так и рентгеновских денситометров.

Обследовано 1204 жителей Новокузнецка в возрасте от 16 до 73 лет. Обследования не носили скринингового характера, и пациенты направлялись при подозрении на ОП: постменопаузальный период, посткастрационный вариант, сахарный диабет, гипогонадизм и т.д. Частота остеопороза составила 75 %, остеопенического синдрома — 13 %. Отмечена большая распространенность остеопенического синдрома среди обследованных молодых людей, что вызывает большую тревогу.

В настоящее время для профилактики остеопороза и предупреждения возможных переломов в Новокузнецке организована школа для пациентов, имеющих риск развития ОП. Обучающиеся получают информацию: что такое остеопороз; какие существуют факторы риска его развития; узнают о диете при ОП, о препаратах кальция и адекватных дозах, об образе жизни при ОП.

Данная информация позволит снизить вероятность возникновения осложнений ОП — переломов.

Опыт изучения и лечения ОП мировой медицинской общественностью подчеркивает, что наиболее логичным подходом к проблеме ОП является его профилактика.

О.А. ЛАЗАРЕВА, Т.Н. СУМОТОХИНА ПРОБЛЕМЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Научный руководитель — Ю.И. Нестеров

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Одной из важных проблем в здравоохранении остается борьба с АГ, распространенность которой среди взрослого населения России достигает 40 % (Шальнова С.А. и соавт., 2001). Ситуация усугубляется низкой осведомленностью лиц с повышенным уровнем АД

о своем заболевании. Процент знающих об имеющейся АГ среди женщин составляет 59 %, а среди мужчин — всего 37 %. Еще более низким является охват больных АГ лечением (45 % женщин и 21,6 % мужчин). Вместе с тем АГ является одним из главных факторов риска развития

сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них, доля ее в структуре общей смертности достигает 60 %. В федеральной целевой программе «Профилактика и лечение АГ» одной из задач является снижение заболеваемости населения мозговыми инсультами и ишемической болезнью сердца до 17-18 %. За последнее время наблюдается тенденция к росту числа этих осложнений. По данным Станции скорой медицинской помощи г. Кемерово, за 5 лет наблюдается явное увеличение вызовов по поводу острого нарушения мозгового кровообращения: в 1997 г. было 932 случая обращений среди мужчин и 1198 — среди женщин; в 2001 г. — 1805 и 1878 случаев, соответственно. Таким образом, число мозговых инсультов возросло, в среднем, у мужчин — на 51,6 %, у женщин — на 63,8 %. Снижение данных показателей может быть достигнуто только при активном лечении АГ, включающем в себя медикаментозные и немедикаментозные мероприятия. Известна важная роль немедикаментозных методов лечения АГ: снижение избыточной массы тела, прекращение курения, снижение употребления поваренной соли, алкоголя, комплексное изменение режима питания, увеличение физической активности. Немедикаментозные меры направлены на снижение АД, уменьшение потребности в антигипертензивных средствах и усиление их эффекта. В решении данной неотложной задачи большая роль отводится службе первичного звена здравоохранения.

Цель исследования. Оценка качества вторичной профилактической помощи (немедикаментозной и медикаментозной) больным АГ в поликлиниках г. Кемерово.

Материалы и методы. В 4-х поликлиниках города проведен опрос 486 больных АГ (мужчин — 44 %, женщин — 56 %, в возрасте 20-70 лет). Для оценки качества вторичной профилактики АГ была составлена специальная карта, в которую вносились полученные сведения.

Результаты исследования. Из всех исследуемых пациентов избыточную массу тела имели

68,5 % больных, не соблюдали диету с ограничением поваренной соли 60 %, занимались различными видами физических упражнений 38,3 %. Среди мужчин злоупотребляли алкоголем (более 50 мл в день в пересчете на этиловый спирт) 46,5 %, продолжали курить 66,5 %.

На вопрос об информированности пациентов о влиянии алкоголя и курения на течение АГ, положительно ответили 50 % и 53 %, соответственно, о влиянии избыточного веса — 52,3 %, об ограничении поваренной соли — 51 %, о регулярных физических нагрузках — 47 %.

Что касается медикаментозного лечения, то регулярно принимали антигипертензивные препараты только 30,5 %, лечились нерегулярно — 54 %, вообще не лечились — 15,5 %.

Полученные результаты исследования показали неплохое качество медикаментозного лечения, однако 61 % больных лечатся «старыми» препаратами (клофелин, адельфан и его аналоги). На вопрос: «Можете ли Вы приобрести более дорогие лекарства?», 38 % ответили положительно. Таким образом, резерв для улучшения качества лечения имеется.

Из современных антигипертензивных препаратов участковые врачи назначают ингибиторы АПФ в 57,7 % случаев, бета-адреноблокаторы — в 18,3 %, диуретики — в 16,8 % и антагонисты кальция — в 7,2 %.

Проводят самоконтроль АД в домашних условиях 73,7 % пациентов.

Заключение. Таким образом, значительная часть больных АГ (47-49 %) недостаточно осведомлена о роли немедикаментозных факторов в лечении АГ. У части больных не выработана мотивация к изменению образа жизни. Участковые врачи недостаточно информированы о преимуществах современных антигипертензивных препаратов.

Качество вторичной профилактической помощи (медикаментозной и немедикаментозной) больным АГ в условиях поликлиники в полной мере не соответствует современным требованиям.

Е.В. ЛАПТЕВ

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Научный руководитель — Г.В. Артамонова
МУЗ Больница № 15, г. Кемерово

Бронхиальная астма (БА) является одним из часто встречающихся заболеваний бронхо-легочной системы. Распростра-

ненность ее во взрослой популяции, по данным разных авторов, составляет от 4 до 15 %, в Сибири — около 6 % [1, 2]. В настоящее время

факторы риска БА широко известны, к ним относятся такие, как выброс аэрополлютантов, сильный стресс, отказ от лечения и ряд других. До сих пор остается мало изучено влияние возраста и пола на возникновение обострений БА в сочетании с таким фактором, как проживание в условиях крупного промышленного центра Сибири.

Целью настоящего исследования стало изучение частоты возникновения БА в зависимости от возраста, пола у жителей г. Кемерово. В связи с поставленной целью методом сплошного наблюдения были отобраны пациенты, обратившиеся за скорой медицинской помощью (СМП) по поводу приступа БА в 1998-2001 гг. Единицей наблюдения стал больной с диагнозом БА, учетным документом – карта вызова бригады СМП.

В изучаемую группу вошли 940 пациентов, из них мужчин 288 (30,6 %), женщин – 652 (69,4 %). Средний возраст пациентов составляет 58,4 года для мужчин и 59,8 лет – для женщин. Среди обратившихся за помощью преобладают пациенты в возрасте старше 40 лет, на их долю приходится до 83,1 % женщин и 79,8 % мужчин. В большинстве случаев это мужчины и женщины 60-79 лет (соответственно, 58,9 % и 49,3 %) (таблица).

Таблица

Половозрастная структура пациентов, общее и среднее число вызовов бригады СМП

Возраст	Удельный вес (%)		Количество вызовов			
	Жен	Муж	Общее		На одного человека	
			Жен	Муж	Жен	Муж
до 20 лет	1,8	5,6	41	52	3,83	3,25
20-29 лет	4,0	7,0	66	142	2,54	7,47
30-39 лет	6,3	4,5	382	89	9,32	6,85
40-49 лет	14,5	11,5	549	248	5,78	7,52
50-59 лет	19,3	10,4	1139	271	9,04	9,03
60-69 лет	23,3	30,5	1037	849	6,82	9,65
70-79 лет	26,0	27,4	1006	756	5,92	9,57
80 и > лет	4,6	3,5	244	56	8,41	5,60
Всего:	100,0	100,0	4464	2463	6,85	8,55

Проведенные социально-гигиенические исследования показали, что всего было сделано 6927 вызовов бригад СМП, что составило, в среднем, 7,4 вызова на одного обратившегося. При этом удельный вес вызовов, сделанных женщинами, равен 64,4 % (4464 обращений) и мужчин – 35,5 % (2463 обращений). В зависимости от пола, среднее количество вызовов на одного пациента в группе женщин меньше, чем в группе мужчин и составляет, соответственно,

6,8 и 8,5. Обращает внимание, что при меньшем удельном весе мужчин, обратившихся за медицинской помощью по поводу приступа БА, частота приступов у них выше, чем у женщин во всех возрастных периодах. Исключение составили возраст до 20 лет, 30-39 лет и старше 80 лет. При анализе выявлено, что у женщин отмечается прямая линейная зависимость между возрастом и количеством вызовов бригады СМП по поводу купирования приступов БА. Для мужчин эта зависимость до 70 лет носит квадратичный характер, затем – линейно снижается.

Анализ динамики среднего количества вызовов, сделанных пациентами в течение 1998-2001 гг., показал, что наблюдается существенный рост этого показателя в 20-29 лет у мужчин, по сравнению с женщинами этой же возрастной группы. Увеличение показателя наблюдается также в возрастной группе 50-59 лет для обоих полов, снижаясь затем у женщин, и оставаясь высоким для мужчин.

Увеличение числа вызовов бригады СМП в старшем возрасте, как у женщин, так и у мужчин, вероятно связано с хроническим течением БА, ухудшением профилактического лечения, что приводит к развитию более тяжелых форм, требующих оказания экстренной медицинской помощи. Кроме того, можно предполагать снижение в этом возрасте реактивности организма, а также увеличение роли психогенных факторов, в том числе и депрессивных состояний. Эти предположения косвенно подтверждаются увеличением соотношения количества женщин и мужчин в возрастной группе 50-59 лет, когда наступает пенсионный возраст для женщин.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о преобладании вызовов бригад СМП со стороны пациентов с БА в возрасте старше 60 лет, в большей степени женщин, с увеличением частоты приступов на одного человека у мужчин. Результаты позволяют сделать акцент на проведение профилактических мероприятий для этих контингентов больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Биличенко, Т.Н. Распространенность хронического бронхита и бронхиальной астмы (данные эпидемиологических исследований) / Т.Н. Биличенко // Пульмонология. – 1994. – № 1. – С. 78-83.
2. Распространенность и клиничко-аллергологическая характеристика бронхиальной астмы в Восточной Сибири / А.Г. Чучалин, Б.А. Черняк, С.Н. Буйнова, С.В. Тярников // Пульмонология. – 1999. – № 11. – С. 42-49.

Н.В. МИТРОФАНОВА, М.А. ВОЛЫКОВА, С.А. СЕМИНА ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СТЕРОИДОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Научные руководители — Т.А. Раскина, А.А. Пронина
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический госпиталь ветеранов войны, г. Кемерово

Медленное снижение костной массы является естественным процессом для лиц обоего пола старше 35 лет. Однако у женщин в постменопаузальном периоде, в связи с развивающимся дефицитом эстрогенов, происходит транзитное ускорение потери костной массы, наиболее выраженное в первые 4-8 лет после менопаузы. Больные бронхиальной астмой (БА) также считаются подверженными повышенному риску потери костной массы, вследствие одновременной терапии пероральными кортикостероидами (ПК).

Целью работы явилось изучение влияния ПК на изменение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у женщин, страдающих БА.

Материалы и методы: денситометрия проводилась в дистальном отделе лучевой кости остеометром ДТХ-200 (Дания). Степень изменения МПКТ оценивалась с помощью Т-критериев, соответственно рекомендациям ВОЗ.

Проанализированы результаты исследований МПКТ у 76 женщин, больных БА. Все обследованные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей патологии. В исследуемую группу вошли 60 больных женского пола, принимав-

ших ПК в течение 2-23 лет (средний возраст больных — 63,7 лет, средняя продолжительность менопаузы — 15,8 лет). Контрольную группу составили 16 больных женского пола, не принимавших ПК (средний возраст — 67,1 лет, средняя продолжительность менопаузы — 17,2 лет).

Анализ полученных данных (таблица), свидетельствует о том, что у больных с БА, получающих ПК, остеопороз выявлен в 30 % случаев, что достоверно выше показателя контрольной группы (18,8 %; $P < 0,05$). Остеопения регистрировалась с одинаковой частотой в обеих группах.

Таблица

Группы больных	Норма (%)	Остеопения (%)	Остеопороз (%)
Исследуемая (n = 60)	33,3	36,7	30
Контрольная (n = 16)	47,7	37,5	18,8
P	0,04	НД	0,03

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что прием ПК является одним из факторов, удлиняющих и увеличивающих ускоренную потерю костной массы в постменопаузальном периоде.

Е.В. МИХАЙЛОВА, С.М. БРЫЗГАЛИНА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

При распознавании аффективной патологии у пациентов с заболеваниями щитовидной железы, наибольшие трудности возникают при диагностике депрессий у больных с гипотиреозом. Снижение настроения может быть одним из симптомов явного гипотиреоза. Депрессивное состояние может быть также единственным проявлением субклинического гипотиреоза. Вместе с тем, депрессия может быть и коморбидным заболеванием, не связанным с патологией щитовидной железы.

В ряду общих для гипотиреоза и депрессии симптомов стоят астения, бледность и сухость кожных покровов, нарушения сна, тахи- и брадикардия, колебания артериального давления, запоры, расстройства менструального цикла.

Несвоевременное распознавание аффективных нарушений приводит не только к возникновению тягостных психологических проблем у пациентов, но и к тому, что лечение соматического заболевания становится малоэффективным. С другой стороны, выявление депрессии при суб-

клиническом гипотиреозе является дополнительным аргументом в пользу проведения тиреоидной терапии.

Цель исследования: определить, как часто встречаются аффективные нарушения (депрессия, тревога) у больных, которые обращаются к эндокринологу в связи с патологией щитовидной железы; уточнить выраженность этих нарушений, проследить их связь с уровнем гормонов.

Материалы и методы. В группу обследуемых включены женщины репродуктивного возраста с патологией щитовидной железы, у которых по клиническим проявлениям и жалобам заподозрено снижение функции щитовидной железы. Обследовано 15 человек. Проведено УЗИ щитовидной железы, исследование уровня ТТГ, свободного тироксина, АТ-ТГ. При нарушениях менструального цикла, галакторее, проявлениях предменструального синдрома, недостаточности лютеиновой фазы цикла определялся также уровень пролактина, прогестерона (во 2-й фазе цикла). Для скрининга аффективных нарушений использовалась госпитальная шкала депрессии и тревоги (1983). При показателях шкалы, превышающих нормальные значения, проводилось более подробное изучение симптомов депрессии и тревоги, с использованием шкал для самооценки депрессии и тревоги Цунга, шкалы для самооценки депрессии Бека.

Результаты. По данным лабораторных исследований выделено две подгруппы – у 7 человек определено эутиреоидное состояние, у 8 – гипотиреоз (в том числе, в 4-х случаях – манифестный, в 4-х – субклинический). В подгруппу «эутиреоидных» пациентов вошли больные с диффузным нетоксическим зобом (3 чел.), аутоиммунным тиреоидитом (2 чел.), смешанным зобом (2 чел.) В данной группе клинически значимых проявлений депрессии не выявлено. Тревожные нарушения легкой степени выраженности выявлены у 2-х человек с нарушением фертильности.

Среди «гипотиреоидных» пациентов, у 3-х человек выявлено легкое депрессивное состояние, в 2-х случаях оно сочеталось с тревожными нарушениями. У 2-х пациентов эти изменения отмечены при явном гипотиреозе, у одного – при субклиническом. Указаний на стрессогенные воздействия не выявлено.

Таким образом, полученные данные указывают на необходимость дальнейшего изучения депрессивных и тревожных нарушений в практике врача-эндокринолога. Оценка психического статуса при патологии щитовидной железы важна для выбора тактики лечения и привлечения помощи других специалистов (психиатра, психотерапевта). Своевременное выявление и коррекция аффективных нарушений является важным условием эффективной медицинской помощи.

Д.М. МУНКОВА

ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

Нами изучены функциональная активность зрелых нейтрофилов и неспецифическая резистентность организма у коренных жителей Горного Алтая при анемиях. Установлено, что по отдельным регионам республики распространенность анемии среди населения была различной. Общепопуляционная частота анемии среди взрослых по республике составила, в целом, 35,5 % у женщин и 20 % у мужчин и была выше по сравнению с другими регионами Сибири (Седов К.Р., 1984; Сухова Н.Д., 1987). Наиболее высокий процент анемий отмечен среди теленгитов высокогорья: у женщин – 45,5 %, и 34,1 % – у мужчин. Наиболее низкий процент анемии по региону выявлен среди алтай-кижи низкогорья: у женщин – 24,7 %, у мужчин – 7,4 %; среди алтай-кижи среднегорья: у женщин процент анемии

составил – 36,0 % и – 22,1 % у мужчин. Среди анемий доминирующей была железodefицитная анемия (ЖДА), а также нами выделена группа лиц с анемией хронических заболеваний (АХЗ).

Концентрация гемоглобина и число эритроцитов у лиц с АХЗ значительно не отличались от показателей в группе с ЖДА. Анемия имела гипохромный характер, со стороны эритроцитов отмечен анизоцитоз с преобладанием микроцитоза и умеренно выраженный пойкилоцитоз. Уровень железа сыворотки крови у лиц с АХЗ был существенно снижен, по сравнению с практически здоровыми ($P < 0,05$), и значительно не отличался от такового при ЖДА. Общая железосвязывающая способность сыворотки крови (ОЖСС) и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ) при АХЗ имели тенденцию к снижению от-

носителем нормальных величин, в то же время при железодефицитной анемии ОЖСС была статистически достоверно выше ($P < 0,05$), а КНТ, напротив, значительно снижен, по сравнению с группой практически здоровых лиц ($P < 0,001$).

При АХЗ показатель сывороточного ферритина варьировал в пределах 31–340 нг/мл, при средней величине $122 \pm 36,1$ нг/мл. Уровень сывороточного ферритина у лиц с АХЗ свидетельствует о наличии запасов железа в организме, а имеющая место гипохромная анемия у данной группы обследованных лиц обусловлена перераспределением железа в организме.

При исследовании лактоферрина в сыворотке крови, у лиц с АХЗ он был достоверно выше, по сравнению с таковым у здоровых лиц ($P < 0,001$) и при железодефицитной анемии ($P < 0,05$). Лактоферрин относят к белкам острой фазы, и его повышенный уровень обусловлен наличием инфекционно-воспалительного процесса у данной группы обследованных лиц. Гипосидеремия, наблюдаемую при инфекционно-воспалительных процессах и, соответственно, при АХЗ, можно связать с увеличением в крови апопротеина лактоферрина, насыщенного железом, который связывает и удерживает железо сыворотки и, тем самым, снижает уровень сывороточного железа (Конь И.Я., Ладодо К.С., 1992). Последнее также подтверждает наличие перераспределительного характера дефицита железа при анемиях хронических заболеваний.

Функциональную активность зрелых нейтрофилов оценивали по уровню активности внутрилейкоцитарных ферментов – пероксидазы и щелочной фосфатазы, а также по содержанию в клетках гликогена и катионных белков. У лиц с АХЗ активность миелопероксидазы зрелых нейтрофилов, в среднем, составила 224 ± 7 ед., и существенно не отличалась от таковой при ЖДА.

Активность миелопероксидазы нейтрофилов при АХЗ и ЖДА значительно снижена относительно практически здоровых лиц ($P < 0,05$). Активность щелочной фосфатазы зрелых нейтрофилов при АХЗ и ЖДА была выше, по сравнению с группой практически здоровых лиц ($P < 0,05$). Уровень гликогена зрелых нейтрофилов при АХЗ был сниженным, по сравнению с таковым у здоровых лиц ($P < 0,05$), а уровень катионных лизосомальных белков в зрелых нейтрофилах при АХЗ существенно не отличался от такового при ЖДА ($P > 0,05$), и был достоверно снижен, по сравнению с уровнем его у практически здоровых ($P < 0,05$). Таким образом, у лиц с АХЗ снижение активности внутрилейкоцитарной пероксидазы, и уровня гликогена и катионных белков свидетельствуют о снижении функциональной активности зрелых нейтрофилов при данной патологии.

При анализе адаптационных реакций по Гаркави Л.Х. (1996) установлено, что у лиц с АХЗ, на фоне отсутствия реакций тренировки, выявлен высокий процент неблагоприятных с физиологической точки зрения реакций переактивации – 36,4 % (против 14,8 % у практически здоровых лиц). В группе ЖДА отмечено снижение процента реакций тренировки и спокойной активации (35,5 %), при значительном увеличении реакций повышенной активации (40,4 %) и реакций стресса (4,8 %). В то же время, у практически здоровых лиц преобладают благоприятные адаптационные реакции тренировки и спокойной активации (50,7 %). Увеличение процента неблагоприятных адаптационных реакций по Гаркави Л.Х. (1996) при АХЗ и ЖДА свидетельствует о снижении неспецифической резистентности организма при данных состояниях, при этом напряженность адаптационных реакций организма, ведущих к срыву или снижению активации защитных сил организма, больше выражена у лиц с АХЗ.

В.Ю. ПАВЛОВА, Ю.Л. ЧЕСНОКОВА
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ С ХПН НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель – О.Л. Барбараш
Областная клиническая больница № 1, г. Кемерово

Проблема артериальной гипертензии имеет значительную актуальность на современном этапе. В общей популяции пациентов с АГ, только 50 % знает о повышении АД, из них не более 50 % получают постоянную антигипертензивную терапию и только 50 % пациентов получают адекватную терапию.

В данной работе мы рассматриваем проблему гипотензивной терапии АГ у больных с

ХПН на различных этапах. Всего в исследовании включены 84 пациента с ХПН, из них 27 человек в додиализном периоде, на консервативной терапии ХПН (I-я группа) и 57 человек, находящихся на программном гемодиализе ПГД (II-я группа). Характеристика групп представлена в таблице.

Таким образом, распространенность неконтролируемой АГ составила в I-й группе 75,8 % от об-

Таблица
Характеристика больных с ХПН

	I-я группа	II-я группа
Количество пациентов	27	57
Возраст (лет)	40,3 ± 1,37	42,1 ± 0,7
Причина ХПН (%)	ХГН - 66,7	ХГН - 84,2
Наличие АГ (%)	77,8	56
Получают терапию постоянно (%)	61,9	84
Эпизодическая терапия (%)	19	9,4
Не получали терапию (%)	19	6,3
Компенсация АД (%)	19	6,3

щего количества пациентов с АГ, во II группе — 88,5 %, что значительно превышает общепопуляционные данные.

По полученным данным хотелось бы обратить внимание на тот факт, что, имея в настоящее время обширные знания по патогенезу АГ и фармакодинамике современных гипотензивных препаратов, до сих пор большое количество больных не получают эффективной гипотензивной терапии. Незначительный процент пациентов достигают компенсации АГ и, следовательно, сведения к минимуму прогрессирования ХПН, процента осложнений и летальности у данной категории больных.

Е.В. ПОЛТОРАЦКАЯ, Т.Н. ГАЛКИНА ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Научный руководитель — А.Г. Солодовник
МУЗ Клиническая поликлиника № 5, г. Кемерово

Хроническая патология органов дыхания требует длительной терапии, зачастую несколькими лекарственными препаратами. Но длительная медикаментозная терапия нередко является причиной аллергических, токсических и других реакций организма. В связи с этим, целесообразно применение немедикаментозных методов, способствующих восстановлению собственных защитных механизмов. Одним из таких методов является спелеотерапия — лечение в условиях микроклимата соляных шахт.

Один из основных механизмов воздействия спелеотерапии — восстановление мукоцилиарного клиренса за счет улучшения реологических свойств мокроты. Спелеотерапия также оказывает положительное влияние на состояние гуморального и клеточного иммунитета. Цитобактериологические исследования бронхиального и носоглоточного содержимого показывают снижение числа нейтрофилов

и этиологически значимых микроорганизмов, повышение числа альвеолярных макрофагов.

На базе поликлиники № 5 с 1993 года функционирует спелеокомплекс, в котором используется соль из шахт г. Березники.

Положительные результаты спелеотерапии достигаются у больных бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести в 90 % случаев, тяжелой — в 75 %; при хроническом бронхите — в 75-90 % случаев, в зависимости от выраженности обструктивного синдрома. Применение спелеотерапии способствует повышению эффективности медикаментозной терапии и снижению лекарственной нагрузки. У 1/3 пациентов с бронхиальной астмой удалось снизить дозу базисного препарата, в 60 % случаев — уменьшить кратность применения и дозу бронхолитиков. По данным отдаленного наблюдения, период ремиссии у пациентов сохраняется от 3 до 12 месяцев.

С.В. ПОНОМАРЕВА, А.В. ТИХОНОВА АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХОБЛ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХООБСТРУКЦИИ У РАБОТНИКОВ КОАО «АЗОТ»

Научный руководитель — Е.А. Вострикова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает одно из ведущих мест среди причин заболеваемости и смертнос-

ти взрослого населения. ХОБЛ — это собирательное понятие, объединяющее группу хронических болезней респираторной системы, харак-

теризующихся прогрессирующей необратимой бронхиальной обструкцией и нарастанием хронической дыхательной недостаточности. В России, по подсчетам с использованием эпидемиологических маркеров, должно быть около 11 млн. больных хроническим обструктивным бронхитом. Однако в официальной медицинской статистике их числится около 0,5 млн. Причиной гиподиагностики бронхита являются скудность клинических проявлений в начальной стадии заболевания и недостаточное внимание к инструментальному исследованию бронхиальной проходимости на амбулаторном этапе.

Трудность выявления ХОБЛ послужила целью данного исследования. Проведен скрининг 708 работников КОО «Азот» (из них 608 – работники химических производств и 100 – инженеры-проектировщики), включающий анкетирование и спирометрию.

Проанализированы такие спирометрические показатели, как ОФВ1 и пиковая скорость выдоха (ПСВ), и сопоставлены с клиническими проявлениями ХОБЛ (кашель, мокрота, одышка) и длительностью стажа работы обследованных.

Признаки бронхообструкции были выявлены у 21 % всех обследованных: у 44 % проектировщиков и у 17 % работников химических цехов. Однако лишь у 40 % лиц с выявленной бронхообструкцией имелись клинические проявления ХОБЛ. Достоверной связи между длительностью работы на «Азоте» и инструментальными признаками бронхообструкции не выявлено. Обнаружено, что бронхообструкция на скрининге выявлена впервые у инженеров-проектировщиков (лица без химического стажа) в 95 % случаев, а у работников химических цехов – в 60 %. Проценты соответствия клинических данных инструментальным были близки в обеих группах: 36 % у инженеров-проектировщиков и 41 % у цеховых работников.

Заключение: У лиц, работающих на КОО «Азот», достаточно часто выявляются инструментальные признаки бронхообструкции при минимальных клинических проявлениях. В большинстве случаев бронхообструкция на скрининге диагностировалась впервые. Наличие признаков бронхообструкции не зависело от длительности работы на КОО «Азот».

Я.Л. РЕЗНИК ЧАСТОТА ГИПЕРУРИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научные руководители – Л.Д. Чеснокова, А.М. Ефименко
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Кемерово*

По данным эпидемиологических исследований, гиперурикемия регистрируется в различных регионах в 5-12 % случаев.

Целью данного исследования явилось выявление гиперурикемии у больных с хроническим гломерулонефритом (ХГН) в зависимости от клинической формы и сочетания с хронической почечной недостаточностью (ХПН) разных стадий ее проявления; изучение роли гиперурикемии в развитии артериальной гипертензии (АГ).

Было обследовано 58 пациентов (44 мужчины и 14 женщин) с различными формами ХГН, проявлением ХПН и АГ, с использованием определения содержания мочевой кислоты, мочевины и креатинина крови. Распределение по клиническим формам ХГН было следующим: латентная – 37,9 %; гипертоническая – 34,5 %; смешанная – 25,9 %; нефротическая – 1,7 %.

Уровень мочевой кислоты крови составил, в среднем, при латентной форме 449,3 ммоль/л; при смешанной – 577,9; при гипертонической – 584,4; при нефротической – 276. Гиперурикемия выявлена у 57 из 58 пациентов. Уровень гиперурикемии у мужчин составил от 433,1 до 608 ммоль/л, у женщин – от 302,3 до 588,5 ммоль/л.

У 33 из 58 пациентов регистрировалась ХПН с разной степенью гиперурикемии. В терминальной стадии ХПН уровень гиперурикемии составил 628 ммоль/л.

АГ выявлена у 35 пациентов, у которых сочетание с ХПН составило 100 % случаев, и регистрировался самый высокий уровень гиперурикемии.

Таким образом, показатели гиперурикемии у мужчин более высоки, чем у женщин; гиперурикемия сочеталась с АГ в 100 % случаев; клинические формы ХГН, протекающие с АГ,

имеют наиболее высокие показатели уровня мочевой кислоты крови, а развитие ХПН с ги-

перурикемией неизбежно ведет к укорочению жизни пациента.

Н. А. СЛЮСАРЬ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБЕПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ
КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ

Научный руководитель – Т.Е. Помыткина
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной госпиталь ветеранов войн, г. Кемерово*

Заболевания, связанные с повышенной выработкой соляной кислоты, широко распространены как среди молодого населения, так и среди лиц пожилого возраста (Пальцев А.И., Кузнецова Е.А., 2001). Препаратами выбора для лечения кислотозависимых заболеваний являются ингибиторы протонной помпы.

Нами обследованы больные пожилого возраста с целью оценки клинической эффективности препарата париет (рабепразол). Данный препарат был выбран не случайно, так как основной путь его метаболизма – неферментный, лишь небольшая часть препарата метаболизируется через цитохром P450 в печени. Метаболизм остальных ИПП осуществляется, главным образом, в печени (Лапина О.Д., 2002). Следовательно, рабепразол в меньшей степени влияет на метаболизацию других лекарственных средств, что немаловажно для лечения пожилых людей, часто вынужденных принимать сразу несколько препаратов из разных фармакологических групп.

В исследовании участвовали 28 человек (17 мужчин и 11 женщин). Средний возраст обследованных больных составил 64 года. 9 человек страдали хроническим антральным гастритом, 16

человек – ЯБ ДПК и 3 человека – ЯБЖ. Обследуемые принимали париет в дозе 20 мг в сутки однократно вечером в течение месяца.

У 15 больных, при подтверждении инфицированности слизистой оболочки Нр, терапия была комплексной (париет 20 мг + амоксициллин 1000 мг + кларитромицин 1000 мг). У 2-х пациентов во время проведения эрадикационной терапии наблюдалась кратковременная диарея.

При обследовании было выявлено, что после начала приема париета, у всех больных отмечалось быстрое исчезновение или уменьшение болевого и диспепсического синдромов. Париет, как показывают эндоскопические данные, через одну неделю после начала лечения уменьшает признаки воспаления слизистой оболочки, а к концу лечения вызывает полную клинико-эндоскопическую ремиссию. Необходимо отметить хорошую переносимость препарата. Побочных эффектов при применении париета не выявлено.

Таким образом, париет является эффективным лекарственным средством для лечения кислотозависимых заболеваний и может быть рекомендован к применению лицам пожилого возраста.

А. Н. УДОДИКОВ
ТИРЕОИДНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА
АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА
ОСТАТКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Областная клиническая больница, г. Кемерово

По данным ряда авторов, около 15 % операций на щитовидной железе выполняются у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом. Аутоиммунный тиреоидит остатка щитовидной железы встречается гораздо чаще, чем при первичных операциях, причем многие авторы указывают на преобладание его доли в «рецидивных зобах» – до 45 % (Александров Ю.К. с соавт., 2000). Сре-

ди причин, приводящих к аутоиммунному тиреоидиту, зачастую называется отсутствие терапии тиреоидными гормонами в послеоперационном периоде (Гоч Е.М. с соавт., 1994; Киселев И.Л. с соавт., 2002). На наш взгляд, профилактическое назначение тиреоидных гормонов является весьма дискуссионным, поскольку проведенные нами исследования показали, что прием тиреоидных

гормонов после операции негативно влияет на тиреоидную ткань, провоцируя в ней структурные изменения, аналогичные аутоиммунному тиреоидиту. В частности: тиреоидный остаток становится плотным, неоднородным. По УЗИ определялись гипо-, гиперэхогенные участки, мелкие кисты, псевдоузлы. При микроскопии – расширение фолликулов с уплощением эпителия; лимфоидная инфильтрация стромы.

В отделении эндокринной хирургии ОКБ г. Кемерово за период с 1994 по 2002 гг. повторно оперированы 211 больных с различной тиреоидной патологией, в том числе, у 26 (12,3 %) из них выявлен аутоиммунный тиреоидит остатка щитовидной железы.

Из 20 случаев с известным морфологическим исследованием после первой операции, в 13 (65 %) – аутоиммунный тиреоидит явился новым заболеванием тиреоидного остатка, т. е. первичные операции выполнялись по поводу рака (4), аденомы (3), диффузного токсического зоба (6). Из них 7, оперированных первично по поводу

опухолей, постоянно принимали тиреоидные гормоны в супрессивной дозе на протяжении 2-17 лет ($10,67 \pm 1,55$ лет). Поводом к повторной операции, с учетом первичного диагноза, у этих пациентов явились выявленные при УЗИ структурные изменения ткани щитовидной железы, при которых не удалось исключить наличие узлов.

Мы считаем, что назначение тиреоидных гормонов у этой группы больных с функционально достаточным объемом тиреоидного остатка оказало негативное влияние на его структуру. Что касается больных, первично оперированных по поводу диффузного токсического зоба, аутоиммунный генез которого в настоящее время считается ведущим, то выявление у них структурных изменений можно расценить как закономерное течение патологического процесса.

С наших позиций, гормонотерапия в существующем варианте не гарантирует от рецидива и неблагоприятно влияет на тиреоидную ткань, структурные изменения в которой могут послужить поводом для повторного вмешательства.

И.В. ФИЛАТОВА, Е.Р. КОМАНДИНА
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ
У РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП

Научный руководитель – Е.А. Вострикова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Целью работы явилось изучение частоты курения и других факторов риска хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), пассивного курения, печного отопления, отягощенной наследственности, длительности проживания в г. Кемерово, а также наличия подземного и химического стажа. Изучена распространенность таких факторов, как пневмония, аллергия, частые простудные заболевания в анамнезе. Всего обследовано 170 водителей-мужчин, в возрасте 20-69 лет. Курящие мужчины составили 80 % от общего количества, в возрастной группе 20-29 лет отмечена наибольшая распространенность курения (92 %).

Проведено сравнение частоты курения у работников ГУИН и Кемеровской железной дороги. Обследован 101 работник ГУИН (24 женщины и 77 мужчин) и 296 железнодорожников (207 мужчин и 89 женщин). Курящие мужчины, работающие в ГУИН, составили 71,4 % от общего количества мужчин, в то время как курящие железнодорожники – 73,9 % от мужчин этой группы. Курящие женщины из ГУИН составили 12,5 %, а среди женщин, работающих на ЖД, курят 20,2%.

Частота пассивного курения среди водителей составила 55 %, железнодорожников-мужчин – 66,2 %, женщин – 53,9 %; у работников ГУИН – 91,5 % среди мужчин и 54,2 % среди женщин.

Распространенность печного отопления составила у водителей – 17,6 %; у мужчин и женщин, работающих на железной дороге – 19,3 % и 15,7 %; в ГУИН – 20,8 % и 15,5 %, соответственно.

Отягощенная наследственность имела у 8,8 % водителей; у 29,2 % женщин и 14,5 % мужчин, работающих на ЖД; у 33,3 % женщин и 14,2 % мужчин, работающих в ГУИН.

Длительность проживания в г. Кемерово более 20 лет у водителей составила 71,2 %; у железнодорожников – 67,6 % среди мужчин и 65,2 % среди женщин; у работников ГУИН – 70,1 % и 91,7 %, соответственно. Подземный стаж имелся у 8,2 % водителей; у 5,3 % мужчин, работающих на ЖД; у 15,6 % работников ГУИН. Химический стаж – у 8,2 % водителей; 10,6 % мужчин и 12,4 % женщин ЖД; 10,3 % мужчин и 4,2 % женщин ГУИН. Пневмония в анамнезе имела у 31,8 % водителей; 31,2 % мужчин и 27 % женщин, работающих на ЖД; у работников ГУИН – 31,2 % и 20,8 %, соответственно. Аллергия – у

8,8 % водителей; у 14,5 % мужчин и 29,2 % женщин, работающих на ЖД; у работников ГУИН — 14,2 % и 33,3 %, соответственно. Частые простуд-

ные заболевания отметили 13,5 % водителей, 10,1 % мужчин и 22,5 % женщин ЖД, 6,5 % мужчин и 16,6 % женщин ГУИН.

Е.Ю. ЧЕРНЯВСКАЯ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ ФУНКЦИЯ У ШКОЛЬНИЦ В ПЕРИОД ПУБЕРТАТНОГО РАЗВИТИЯ В ОЧАГЕ ЗОБНОЙ ЭНДЕМИИ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Повышенный риск недостаточного потребления йода существует более чем для 1,5 миллиардов жителей Земли, а у 655 миллионов человек уже имеется увеличенная щитовидная железа (эндемический зоб) (ВОЗ, 1994). Йодная недостаточность наиболее часто проявляется формированием эндемического зоба, сопровождаясь также снижением умственного развития, вплоть до кретинизма, нарушением репродуктивной функции, задержкой физического развития и усугублением частоты соматической патологии. Актуальность проблемы йодного дефицита побудила проведение обследования района Горной Шории (юг Кемеровской области), который относится к местности зобной эндемии средней степени тяжести, с тенденцией к утяжелению.

Было проведено сплошное клиническое (пальпаторно-визуальное) исследование состояния щитовидной железы у 924 девочек в возрасте 11-17 лет, проживающих в различных зонах Горной Шории. Из общего количества осмотренных девочек 450 представляли коренное население, а 474 были русскими. Результаты пальпации щитовидной железы оценивались по классификации ВОЗ 1994 г. Исследования были дополнены ультразвуковым сканированием для всех девочек с пальпаторным увеличением щитовидной железы и для выборочной части девочек без определяемого зоба. Нарушения функции щитовидной железы, выявленные клинически, были подтверждены результатами исследования крови на ТЗ, Т4, ТТГ.

Диффузное и диффузно-узловое увеличение щитовидной железы было выявлено у 36,6 % обследованных девочек. Среди шорок увеличение щитовидной железы наблюдалось достоверно чаще, чем среди пришлого населения, что можно объяснить генетической предрасположенностью и длительным проживанием данного народа в условиях йододефицита. Так, увеличение ЩЖ было выявлено у 43,1 % коренных жительниц Горной Шории и у 30,4 % русских девочек ($P < 0,001$).

Установлено, что зоб 1-й степени встречался у 29,9 %, 2-й степени — у 3,9 % девочек-подростков. В 2,8 % случаев зоб пальпаторно не определялся, и диагноз был поставлен по наличию увеличенного объема щитовидной железы при ультразвуковом исследовании.

Среди коренных жительниц изучаемого района удельный вес гиперплазии щитовидной железы 2-й степени был более выражен, чем среди русских. Так, у шорских девочек с диагностированным зобом 2-я степень увеличения щитовидной железы встречалась в 14,4 % случаев, у русских девочек — в 5,6 % ($P < 0,01$). И, соответственно, увеличение щитовидной железы 1-й степени встречалось среди шорок реже, чем среди русских (76,3 % и 88,9 %) ($P < 0,01$). Такая структура степени увеличения железы, наряду с высоким общим процентом тиреоидной патологии у шорок, указывает на более неблагоприятное состояние щитовидной железы у коренных жительниц Горной Шории подросткового возраста, в сравнении с русскими сверстницами.

При дальнейшем изучении состояния щитовидной железы, с использованием метода эхографии, было установлено, что диффузное увеличение ее встречалось у 35,7 % от общего числа осмотренных.

Также были обнаружены диффузно-узловые (смешанные) формы зоба, которые были представлены гипоехогенными очаговыми поражениями одной или обеих долей щитовидной железы на фоне диффузного разрастания окружающей тиреоидной ткани. Размеры узлов составляли в диаметре от 5 до 12 мм. Эта патология была найдена у 0,87 % девочек.

При оценке структуры щитовидной железы у девочек с диффузным ее увеличением было установлено, что у 89,7 % из них тиреоидная паренхима была однородной диффузно-мелкозернистой, а у 10,3 % — диффузно-неоднородной структуры и представляла собой малоизмененную ткань на преимущественно изоэхогенном фоне. Так, эхоплотность щитовидной железы у 92,7 % девочек-подростков с диффузным ее уве-

личением была изоэзогенной и у 7,3 % – гиперэзогенной. Ни у одной из девочек с диффузным зобом не встречалось гипоэзогенной тиреоидной ткани. Таким образом, учитывая имеющиеся литературные данные интерпретации эхографической картины ткани щитовидной железы при различной патологии, можно заключить, что наблюдаемая ультразвуковая картина наиболее характерна для диффузного эндемического зоба.

Различий в структуре диффузно увеличенных щитовидных желез у русских и шорских девочек, по данным ультразвуковой сонографии, выявлено не было. Однако диффузно-узловые формы зоба были обнаружены лишь у коренных жительниц Горной Шории. Удельный вес их среди шорок составил 1,8 %.

У 8,9 % обследованных девочек был выявлен гипотиреоз. Тиреотоксикоз не был обнаружен ни у одной из осмотренного контингента. Количество девочек со сниженной функцией щитовидной железы достоверно преобладало среди коренных жительниц. Так, среди шорок и русских частота гипотиреоза составила, соответственно, 12 % и 5,9 % ($P < 0,01$).

Таким образом, тяжесть зобной эндемии в районе Горной Шории создает крайне неблагоприятную перспективу состояния здоровья подрастающего поколения, в особенности для более уязвимого в этом аспекте малочисленного коренного народа. Это обязывает к проведению эффективной долгосрочной групповой программы йодопрофилактики.

Ю.Л. ЧЕСНОКОВА, В.Ю. ПАВЛОВА, Л.Д. ЧЕСНОКОВА
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО
МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научный руководитель – О.Л. Барбараш
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Кемерово

Артериальная гипертензия (АГ) – наиболее значимая и ведущая причина прогрессирования хронической почечной недостаточности (ХПН). Целью исследования явилось изучение особенностей АГ с использованием суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с терминальной ХПН.

Было проведено СМАД 11 больным с додизальной ХПН (7 мужчин или 64 % и 4 женщины или 36 %) с АГ (I-я группа) в возрасте от 24 до 54 лет, средний возраст составил $40,5 \pm 2,7$ лет. Причинами ХПН в 91 % случаев (10 человек) явился хронический гломерулонефрит, в 9 % (1 человек) – аномалия развития мочевыделительной системы. И 20 больным мягкой и умеренной гипертонической болезнью – 8 мужчин (40 %) и 12 женщин (60 %) в возрасте от 35 до 73 лет, средний возраст составил $54,0 \pm 2,8$ лет (II-я группа). Результаты СМАД в обеих группах представлены в таблице.

В I-й группе циркадный ритм был нарушен у 8 пациентов (73 %): nondipper 4 па-

циента (50 %); night peacker 1 (12,5 %); dipper САД, over dipper ДАД 1 (12,5 %); nondipper САД, dipper ДАД 2 (25 %). У 3 пациентов (27 %) циркадный ритм dipper.

Таким образом, при сравнении показателей СМАД в данных группах, достоверное отличие отмечается лишь по ср. ДАД (24 ч., день, ночь), оно выше в I-й группе, чем во II-й; что, скорее, свидетельствует о преобладании повышения ОПСС у пациентов с ХПН с АГ.

Таблица
СМАД у больных с ХПН

Показатель	I группа	II группа
ср. САД (24 ч), мм рт. ст.	$150,7 \pm 6,3$	$157,7 \pm 4,3$
ср. ДАД (24 ч), мм рт. ст.	$97,4 \pm 5,6$	$94,2 \pm 2,1$
ср. САД (день), мм рт. ст.	$154,5 \pm 6,4$	$161,3 \pm 2,2$
ср. ДАД (день), мм рт. ст.	$100,4 \pm 5,5$	$94,3 \pm 1,9$
ср. САД (ночь), мм рт. ст.	$142,7 \pm 7,0$	$134,5 \pm 3,5$
ср. ДАД (ночь), мм рт. ст.	$89,4 \pm 6,6$	$85,5 \pm 2,0$
СИСАД, %	$9,2 \pm 0,9$	$16,8 \pm 0,4$
СИДАД, %	$16,7 \pm 3,4$	$9,9 \pm 0,3$
у утр. подъема САД, мм рт. ст. / ч	$18,4 \pm 3,4$	$31,6 \pm 4,8$
у утр. подъема ДАД, мм рт. ст. / ч	$14,4 \pm 5,0$	$18,3 \pm 3,5$



Е.М. ШИМОТЮК, Е.А. ОСИПОВА, Г.С. СУРЖИКОВА
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ АИТ

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) как самостоятельная клиническая проблема в зарубежной научной литературе практически не рассматривается. Обсуждается только исход АИТ — гипотиреоз, поскольку именно с ним связаны происходящие в организме нарушения — от сухости кожи, выпадения волос, запоров, до снижения памяти, интеллекта, развития сердечно-сосудистых заболеваний, нарушения репродуктивной функции. Термин АИТ в ряде классификаций рассматривается как собирательный. Так, классификация Davies и Amino, опубликованная в 1993 году, под термином АИТ подразумевает и тиреоидит Хашимото, и болезнь Грейвса, но с подразделением на типы 1 и 2, которые, в свою очередь, подразделяются на подтипы А, В и С.

Вместе с тем, в отечественной литературе АИТ представлен как самостоятельная клиническая проблема. В ряде регионов АИТ регистрируется как ведущая патология в структуре заболеваний щитовидной железы. Распространенность носительства антитиреоидных антител (один из критериев диагностики АИТ) достигает 26 % у женщин и 9 % у мужчин и не совпадает с распространенностью гипотиреоза. В целом в популяции гипотиреоз встречается реже, чем антителеносительство, т.е. далеко не всякое носительство антител завершается гипотиреозом.

До недавнего времени не существовало каких-либо документов, регулирующих диагностику АИТ практическими врачами. На прошедшем в ноябре 2002 г. 2-ом Российском тиреодологическом конгрессе Г.А. Мельниченко были озвучены положения по диагностике АИТ, разработанные группой ведущих эндокринологов России, с учетом мнений, высказанных в центральной печати и на страницах Интернет врачами-эндокринологами:

1. Диагноз АИТ не может быть установлен только на основании данных пальпации щитовидной железы (ЩЖ), а также обнаружения увеличения или уменьшения ее объема.

2. «Большими» диагностическими признаками, сочетание которых позволяет установить диагноз АИТ, являются:

- первичный гипотиреоз (манифестный или стойкий субклинический);
- наличие антител к ткани щитовидной железы и ультразвуковые признаки аутоиммунной патологии.

3. При отсутствии хотя бы одного из «больших» диагностических признаков диагноз АИТ носит лишь вероятностный характер.

Как указано выше, одним из «больших» диагностических признаков АИТ является выявление антител к ткани ЩЖ, т.е. в патогенезе имеет место гиперчувствительность лимфоидных элементов к различным тиреоидным антигенам. Т-клетки распознают антиген, представленный макрофагами и эндотелиоцитами, и, активируясь, продуцируют ИЛ-2 и лимфотоксин (ФНО α). Под действием последнего эндотелиоциты начинают выделять ИЛ-1, который, связываясь с эндотелиальной мембраной, усиливает активацию Т-клеток, взаимодействующих с эндотелием в очаге воспаления. Результатом этих событий является персистенция по типу ГЗТ, т.е. ИЛ-1 принимает участие в патогенезе АИТ. Таким образом, наименование АИТ раскрывает аутоиммунную природу заболевания, указывает на его воспалительный характер.

С учетом возможного значения ИЛ-1 в патогенезе АИТ нами был проведен анализ историй болезни 67 больных АИТ. Проанализирована динамика уровня ИЛ1 β на фоне различных методов лечения (L-тироксин, иммуномодуляторы, лазеротерапия). Исследование проводилось на базе клиники лабораторной диагностики ГКМБ № 1. Оказалось, что во всех трех группах, несмотря на проводимую терапию, ИЛ1 β оставался повышенным.

Таким образом, ИЛ-1 не имеет значения в диагностике АИТ. Вышеуказанные «большие» диагностические признаки являются наиболее оптимальными.

О.В. ЮШКИНА, Н.В. МЕШЕГЕШЕВА
ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Научный руководитель — А.П. Торгунаков
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В большинстве стран мира артериальная гипертензия (АГ) является одним из распространенных заболеваний. По данным

ВОЗ, на всех континентах мира она входит в число самых частых причин смерти и инвалидности, независимо от расовой и национальной

принадлежности. В России АГ обнаруживается у 25-30 % населения.

Целью настоящего исследования было изучение ритма и динамики обращаемости больных с АГ за неотложной помощью в течение двух лет в г. Кемерово. Исходные данные для анализа получены в информационном центре станции скорой медицинской помощи. Раздельно за два года изучены ритм обращений в течение суток, по дням недели, по месяцам года, а также состав обратившихся по полу и возрасту и госпитализация. По всем перечисленным показателям обращаемости населения за 2001-2002 гг. оказались абсолютно схожими.

В течение года в Кемерово вызов скорой помощи к больным с АГ осуществляется, в среднем, 14,5 тыс. раз, при этом к женщинам в 3,7 раза чаще. Среди обратившихся, 42 % были в возрасте от 15 до 60 лет, а остальные – в более преклонном возрасте. В течение суток самая низкая обращаемость была с 1.00 до 7.00 часов и составила 15 % от всех обращений, а максимум обращений приходился на время от 20.00 до 21.00 часов. По дням недели распределение

вызвов оказалось равномерным, с колебаниями от 13 % по субботам до 15 % по понедельникам-четвергам. Заметным оказалось влияние сезонности на частоту вызовов: наибольшая частота обращений была в декабре, январе, феврале и марте, составив 38,4 %, а наименьшая – с июня по сентябрь, включительно (также 4 месяца – 28 %). Из обратившихся, только 4 % больных были госпитализированы (79 % от направленных на госпитализацию). 0,07 % больных умерли на месте.

Таким образом, анализ показал устойчивость показателей обращаемости по годам больных с АГ за неотложной медицинской помощью. Эти данные позволяют принимать соответствующие решения организационного характера (использование сил и средств станции скорой медицинской помощи, определение потребности города в койках для этой категории больных, обследование и определение показаний к хирургическому лечению и т.п.), а также лечебно-профилактического, в частности, распределение дозы гипотензивных средств в течение суток и по месяцам года.

О.А. БАЛЫБИНА, Н.Б. КАРПУШКИНА
 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
 ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ «САМАРОВКА»
 И «ВАПУСАН» В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Областная клиническая больница, г. Кемерово

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности применения двух дезинфицирующих средств в клинических условиях. В исследование были взяты средства «Самаровка» (производитель «ООО Самарово», Россия) и «Вапусан-2000» (производитель «Наутимекс Индастри», Швеция). Оба препарата относятся к четвертично-аммониевым соединениям, идентичны по характеристикам токсичности, сенсibiliзирующему действию на ткани, эффективности в присутствии органического загрязнения, стабильности рабочих растворов, антимикробному спектру, форме выпуска. Существует различие по цене: 1 литр рабочего раствора препарата «Самаровка» в 1,6 раза дешевле «Вапусана-2000».

Исследования проводили в реанимационном отделении Кемеровской областной клинической больницы. В течение 10 дней поверхности одной палаты обрабатывали средством «Самаровка», другой — «Вапусан-2000». Контроль эффектив-

ности препаратов осуществляли стандартным бактериологическим методом — до обработки и после. Всего исследовано 320 смывов с поверхности внешней среды палат реанимационного отделения.

Установлена высокая эффективность антибактериального действия обоих средств. Обсемененность объектов внешней среды после дезинфекции снижалась в 13 раз (с $20,31 \pm 3,56$ % до $1,56 \pm 1,1$ %, соответственно, $P < 0,01$). Следует отметить высокую исходную контаминацию объектов внешней среды палат реанимационного отделения. Различий по антибактериальной эффективности между двумя исследуемыми средствами не установлено ($P < 0,01$). Особенно важным является действие препаратов на *Pseudomonas aeruginosa*.

Анализируя субъективную оценку изучаемых средств персоналом, следует отметить, что запах «Самаровки» получил у персонала больше положительных отзывов, чем «Вапусан-2000». Однако, отсутствие у «Самаровки» мерной емкости оценивалось как недостаток.

Н.С. БЕЛОУСОВА
 ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЯ КОРРЕКЦИИ НЕОТЛОЖНЫХ
 СОСТОЯНИЙ, КАК ВНЕДРЕНИЕ НОВОЙ РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩЕЙ
 ФОРМЫ МНОГОЭТАПНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
 ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В г. АНЖЕРО-СУДЖЕНСКЕ,
 АНАЛИЗ РАБОТЫ ЗА ТРИ ГОДА

Управление здравоохранения, г. Анжеро-Судженск

Ученые и практики здравоохранения Кемеровской области (Мелянченко Н.В., Царик Г.Н., 1997) разработали современную методику многоэтапного оказания медицинской помощи. Основу многоуровневой модели составляют семь основных этапов оказания медицинской помощи:

- I этап — коррекция неотложных состояний,
- II этап — интенсивное лечение,
- III этап — круглосуточное пребывание в стационаре,
- IV этап — дневное пребывание в стационаре,
- V этап — стационар на дому,
- VI этап — дневной стационар поликлиники,
- VII этап — амбулаторное долечивание.

Отделение коррекции неотложных состояний (ОКНС) создано на базе хирургического корпу-

са городской больницы № 1, где базируются все основные инструментальные методы исследования, осуществляется круглосуточное наблюдение за больным дежурными врачами, что позволяет оказывать своевременную квалифицированную помощь и быстро устанавливать клинический диагноз.

На этом этапе были оборудованы две палаты ОКНС на 10 функциональных коек, врачебный кабинет. Первичный осмотр и прием больных ведется в приемном отделении.

Основными задачами ОКНС являются:

- круглосуточное проведение комплекса мероприятий по оказанию неотложной помощи, восстановлению жизненно важных функ-

- кций организма, возникших вследствие заболеваний и других причин,
- определение дальнейшей тактики ведения больного и его медицинского маршрута,
- применение наиболее эффективных методов диагностики и лечения,
- осуществление взаимосвязи и преемственности в работе с другими отделениями и службами больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений,
- внедрение в практику работы отделений новых методов и средств диагностики и лечения,
- обследование в минимальные сроки для установления диагноза.

В ОКНС за три года проведено обследование и определены дальнейшие маршруты 4527 больных, из них 69 % госпитализированы, а 31 % направлены на амбулаторное до-лечение. Из госпитализированных, 3018 больных выписаны через 1-2 дня, что составляет 66 % процентов; 34 % от числа госпитализированных переведены из ОКНС в другие отделения.

Из схемы видно, что 3501 больных, требующих экстренной помощи, выписаны на амбулаторные этапы (V-VII) и не требовали дальнейше-

го дорогостоящего стационарного лечения. Социальная эффективность ОКНС представлена отсутствием отказов больным в госпитализации из-за отсутствия мест и мотивированном согласии больных лечиться на стационарзамещающих этапах.

Схема

I-II этап ОКНС 4527 больных за 3 года 100 %	
I-II этап ОКНС 3018 больных - 69 % госпитализированы	V-VII этап - амбулаторный 1509 больных - 31 % амбулаторное до-лечение
III-IV этап - стационарный 1026 больных (34 %) из них: 50 % - терапия 20 % - хирургия 15 % - ЛОР 12 % - неврология 3 % - другие	V-VII этап - амбулаторный 1992 больных (66 %) из них: 3 % - V этап 7 % - VI этап 70 % - VII этап 20 % - выздоровление

Многоуровневая система оказания медицинской помощи может обеспечить потребность населения малых городов с одним многопрофильным стационаром в медицинских услугах, учитывая индивидуальный курс лечения больного.

Ресурсосберегающая форма многоэтапного оказания медицинской помощи является экономически выгодной в условиях ограниченного финансирования здравоохранения.

Е. ВОЙНОВА, Н. КАРЕЛИНА ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель — О.А. Котегова
Эколого-биологический центр, школа № 10, г. Юрга

Изучение физического развития детей имеет большое значение, так как оно является одним из ведущих показателей здоровья. На рост и развитие оказывают влияние многочисленные эндогенные и социальные факторы, поэтому уровень физического развития — важнейший индикатор социального благополучия общества, особенно в условиях реформирования общественно-экономической жизни.

С другой стороны, представляет интерес изучение тенденций физического развития детей разных возрастных групп на фоне конкретных природных и социальных условий, в связи с имеющимися данными о замедлении темпов акселерации. Исследования Научного Центра здоровья детей РАМН показывают, что, начиная с 90-х годов, в РФ наблюдается не просто сниже-

ние приростов морфологических показателей, свидетельствующее о завершении акселерации, но и отмечается децелерация. Увеличивается удельный вес школьников с дефицитом массы тела и низкорослых. Многие исследователи объясняют это социально-экономическим состоянием общества, что отражается на жизнедеятельности детей и подростков.

Цель работы — изучить динамику средних показателей физического развития двух возрастно-половых групп школьников г. Юрги на протяжении 10 лет (1992-2001 гг.). Для этого был проведен анализ соматометрических показателей — длина тела (ДТ) и масса тела (МТ), данные о которых были взяты из медицинских карт школьников. Всего антропометрические показатели изучены у 832 первоклассников, в том чис-

ле, у 425 девочек и 407 мальчиков; у 622 пятиклассников, в том числе у 308 девочек и 314 мальчиков.

Анализ статистических параметров ДТ и МТ первоклассников выявил отрицательные тенденции этих показателей в течение 1992-2001 гг., хотя эти изменения статистически не достоверны. Так, средний рост мальчиков и девочек в 2001 г. уменьшился, в сравнении с 1992 г., причем у мальчиков более значительно (соответственно, на 2,2 и 0,5 см). Подобное соотношение характерно и для динамики среднего веса. У девочек он не изменился, у мальчиков разница в весе составила 1 кг. Описанные изменения свидетельствуют не только о стабилизации процесса акселерации, но и о возможной децелерации.

Однако при общей тенденции снижения роста-весовых показателей, изменения ДТ и МТ внутри изученного временного интервала происходили неравномерно и разнонаправленно. Масса тела в большей степени подвержена действию окружающей среды, более зависит от питания, двигательной активности, и это подтверждается результатами исследования физического развития школьников. Так, отмечается достоверное снижение МТ как у мальчиков (1993-1997 гг.), так и у девочек (1994-1996 гг.), достоверное

уменьшение ДТ в этот период отмечается только в группе девочек.

В группе 11-ти летних школьников в 2001 г., в сравнении с 1995 г., отмечается снижение МТ у девочек, незначительное повышение МТ у мальчиков, показатели ДТ в обеих группах не изменились. Показатель МТ, как в группе девочек, так и в группе мальчиков, имеет более выраженные изменения, в сравнении с ДТ. У первых они отрицательные, у вторых – положительные. Кроме того, отсутствует характерная для этого возраста кривая роста мальчиков и девочек. Средняя ДТ девочек оказалась несколько меньше таковой у мальчиков, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях физического развития.

Также особенности формирования МТ и ДТ у школьников в целом можно расценивать как негативные. Причина этого, возможно, в социально-экономических условиях жизни детей и подростков, для которых характерны изменение питания, высокие учебные нагрузки, гиподинамия, распространенность вредных привычек и пр. Изучение динамики показателей физического развития, выявление причин негативных тенденций позволяет разрабатывать и внедрять различные программы по укреплению здоровья детей и подростков.

О.В. ГЕРБЕР, Е.С. ИШТУНОВА АДАПТАЦИЯ КАДЕТОВ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ ОБУЧЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОМ КАДЕТСКОМ КОРПУСЕ

Научный руководитель – Л.В. Барков

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проблема адаптации подростков к условиям обучения в учреждениях нового типа – кадетских корпусах – является актуальной проблемой гигиены детей и подростков. В научной литературе отсутствуют данные о состоянии обмена веществ и физического развития кадетов, которые могли бы послужить основанием для оценки адаптационных возможностей.

Целью работы являлось изучение физического развития, условий обучения и содержания кадетов, оценка адаптации подростков.

Задачи исследования: провести комплексную оценку физического развития и оценить адаптационные способности кадетов к новым условиям обучения.

Группу обследуемых составили 50 выпускников кадетского корпуса 2002 года мужского пола в возрасте 16-18 лет. Данные собирались и анализировались за период: август 1999 г. –

июнь 2002 г. Оценивались основные показатели физического развития и функциональные возможности кардиореспираторной системы.

Обработка материалов проводилась методом сигмальных отклонений и центильным методом. Достоверность полученных данных проверялась методом Стьюдента и разностным методом.

В ходе анализа получены следующие результаты: средний рост кадетов увеличился на 3 %, средний вес увеличился на 12,5 %. Под влиянием нагрузки (проба Мартине) частота сердечных сокращений увеличилась у 46 %, снизилась у 54 %; систолическое артериальное давление увеличилось у 22 %, снизилось у 12 %, осталось стабильным у 66 %; диастолическое артериальное давление увеличилось у 10 %, снизилось у 40 %, осталось стабильным у 50 %; объём форсированного вдоха увеличился у 54 %, снизился у 40 %, остался ста-

бильным у 6 %; объём форсированного выдоха увеличился у 40 %, снизился у 30 %, остался стабильным у 30 %. Выявленная удовлетвори-

тельная реакция подростков на нагрузку свидетельствует об адекватной адаптации кадетов к новым условиям.

Н.О. ГУРЬЯНОВА
СВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНИЗМА В
ДИНАМИКЕ РАБОЧЕЙ СМЕНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ТРУДА

Научный руководитель – А.П. Михайлуц
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проводилось изучение внутрисменной динамики показателей центральной нервной системы (внимание, объем оперативной памяти), системы кровообращения (пульсовое давление – ПД, индекс напряжения регуляторных механизмов системы кровообращения – ИН), мышечной работоспособности (координация движений), зрительного анализатора (цветовая чувствительность глаза) и функций внешнего дыхания (объем выдоха). Исследование проводили в производстве аммиака на КОО «Азот» среди лиц мужского пола, работающих при различных режимах труда.

Обнаружены связи и зависимости между ИН и цветовой чувствительностью глаза в ночные смены. В начале 8-часовой ночной смены выявлена обратная, средняя по силе, связь между ИН и цветовой чувствительностью на красный ($r = -0,35$; $P < 0,05$); к концу смены связь становилась средней по силе, прямой ($r = +0,47$). Между ИН и цветовой чувствительностью глаза на синий и зеленый цвета в конце смены возникают средние по силе, прямые связи ($r = +0,63$ и $+0,48$, соответственно).

В начале 12-часовой ночной смены и при втором обследовании связи между ИН и цветовой

чувствительностью глаза на синий не обнаружены, однако по результатам третьего обследования установлена средняя по силе прямая связь ($r = +0,37$; $P < 0,05$). Наличие и характер связи между ИН и цветовой чувствительностью глаза может свидетельствовать о мобилизации системы кровообращения к концу ночной смены для оптимального функционирования зрительного анализатора.

В 8-часовую ночную смену обнаружена связь между показателями внешнего дыхания, с одной стороны, и цветовой чувствительностью глаза на красный, с другой стороны ($r = +0,45$; $P < 0,05$).

Отмечено увеличение силы связи между показателями, характеризующими мышечную работоспособность и состояние зрительного анализатора. В начале ночной 8-часовой смены $r = +0,27$ ($P < 0,05$), в конце смены – $r = +0,38$.

Возникновение и усиление связей между физиологическими показателями, характеризующими различные системы организма, можно расценить как синхронизацию функционирования данных систем организма в ночные смены, как качественно новый уровень их работы, а следовательно, напряжение деятельности регуляторных центров.

Н.О. ГУРЬЯНОВА
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ
СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА РАБОТАЮЩИХ
НА ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ В ТЕЧЕНИЕ СМЕНЫ

Научный руководитель – А.П. Михайлуц
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Работа проводилась на КОО «Азот» в цехе производства аммиака. Было обследовано 89 мужчин двух профессиональных групп (слесари, аппаратчики), работающих 8- и 12-часовые смены. Изучалась динамика физиологических показателей – внимание, объем опе-

ративной памяти, цветовая чувствительность глаза, пульсовое давление (ПД), индекс напряжения регуляторных механизмов системы кровообращения (ИН). Определение физиологических показателей при 8-часовой смене проводили в начале и в конце смены, при 12-часовой смене



трехкратно: в начале смены, через 8 часов работы, в конце смены.

При 8-часовом режиме наблюдалось ухудшение умственной работоспособности и снижение возбудимости зрительного анализатора — снижение цветовой чувствительности глаза на синий и зеленый цвета, уменьшение объема оперативной памяти на 30 %. Наряду с этим, отмечено снижение мышечной работоспособности — уменьшение абсолютной работоспособности и мышечной силы на 10 %. При 12-часовом режиме достоверно снижались показатель абсолютной работоспособности и цветовая чувствительность глаза, вырос процент лиц с увеличением ПД.

Выделено два фактора (возраст, профессия), влияющих на состояние функции внимания и оперативной памяти, с суммарной долей 31,8-56,7 %. Наибольшее влияние на уровень внимания фактор-возраст оказывает в ночные смены, его влияние достигает при 8-часовой смене 53,3 %, при 12-часовой смене 56,7 %. Меньшее влияние фактор-возраст оказывает на

объем оперативной памяти: 8-часовая ночная смена — 36,3 %, 12-часовая смена — 53,2 %.

Влияние возраста на уровень ПД и ИН превышает долю влияния такого фактора, как профессия на 8-10 %. Фактор-возраст имеет наибольшее влияние в 8-часовые ночные смены (48,1-58,1 %), а фактор-профессия — в 12-часовые ночные смены, с суммарной долей вклада 30-38 %.

Выявлена доля влияния возраста и профессии на состояние зрительного анализатора. Фактор-возраст имеет 53-51,5 % влияние в 8-часовые ночные смены, в 12-часовые — 45,7-46,7 %. Влияние фактора-профессии на состояние зрительного анализатора достигает 33,3-34 % в 8-часовые ночные смены, и лишь 29,5-30 % — в 12-часовые.

На основании вышеизложенного можно говорить о приоритетном влиянии фактора-возраст и фактора-профессия на функциональное состояние системы кровообращения, центральной нервной системы и зрительного анализатора в ночные рабочие смены.

В.А. ДЕРКСЕН, Ю.С. РОДИНА
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
В ПРОБЛЕМЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В КУЗБАССЕ

Научный руководитель — Г.С. Савина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Планирование семьи — это важная общенациональная медико-социальная проблема, направленная на сохранение репродуктивного здоровья женщины, профилактику аборт, рождение здоровых и желанных детей.

Изучение тенденций развития идеи планирования семьи и контрацепции в России обусловило рассмотрение состояния данной проблемы на уровне Кемеровской области, которая характеризуется большим спектром региональных особенностей.

Медико-социальная ситуация в Кузбассе характеризуется значительной распространенностью аборт, высокими показателями материнской и младенческой смертности, по сравнению со средними значениями по России, а также резким снижением рождаемости и повышением смертности. Отрицательный естественный прирост населения 7,3 ведет к сокращению общей численности населения области.

По данным статистики, в Кемеровской области на 2001 г. было произведено 44157 аборт (это в 1,1 раз больше, чем в 2000 г.). 67 % аборт приходится на женщин до 25 лет. Причем,

из общего числа аборт, 13 % составляют аборт у первобеременных женщин, половина таких аборт делается девушкам до 15 лет.

Из-за снижения рождаемости, отношение числа аборт к родам в области остается высоким — 170 аборт на 100 родов.

Сложность контрацептивной ситуации в Кемеровской области свидетельствует о необходимости комплексного подхода к контрацепции, как самостоятельной проблеме планирования семьи.

Для изучения уровня информированности и приемлемых методов контрацепции для женщин фертильного возраста нами были разработаны анкеты.

По данным анкетирования женщин, их собственная оценка информированности определена как недостаточная (52 %), достаточная (24 %). Наиболее информированы в вопросах применения современных КС молодые женщины в возрасте 18-25 лет, имеющие среднее специальное или высшее образование. Женщины старше 35 лет более консервативны во взглядах на новые методы контрацепции, поэтому предпочитают

традиционные механические, либо ВМС. Девушки до 18 лет используют «ритм-метод», либо мужские презервативы.

47 % женщин используют мало эффективные методы предупреждения беременности («ритм-метод», прерывание полового акта, спринцевание).

Более половины женщин используют различные КС, из них: 46 % респондентов отдали предпочтение мужским презервативам, 30 % — оральным контрацептивам, ВМС — 18 %, химическим средствам — 14 %.

48 % респондентов высказались об осторожном отношении к гормональным КС, ввиду малой информированности о них. 68 % женщин не удовлетворены информацией о КС, поступающей от врачей и аптечных работников.

52 % женщин считают наиболее приемлемым и эффективным способом получения информации личные консультации на приеме у врача. В то же время, врачи-гинекологи отметили, что не имеют возможности во время приема в полном объеме донести информацию до своих пациенток.

Среди причин, сдерживающих более широкое применение оральных контрацептивов, отмечаются: недостаточная информированность (46 %), высокая цена (44 %), побочные эффекты (32 %), необходимость индивидуального подбора (26 %) и наличие психологического барьера (8 %).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о низкой контрацептивной культуре населения, слабой его информированности, недостатке специальных знаний в области контрацепции.

Ю.В. ЗАХАРОВА ИЗМЕНЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С СЕЗОНАМИ ГОДА

Научный руководитель — Л.А. Леванова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Обследовано 437 детей, в том числе 200 мальчиков и 237 девочек. Бактериологическое обследование содержимого проводилось в соответствии с рекомендациями МЗ РФ (1997). В результате проведенных исследований было установлено, что наиболее оптимальным временем года для индигенной микрофлоры является весна. Частота встречаемости бифидобактерий в это время года составила 96 %, а лактобацилл — 64,7 %. Статистически достоверным оказалось снижение частоты обнаружения лактобацилл осенью, зимой и, особенно, летом (до 54,5, 47,3 и 32,2 %, соответственно). Высеваемость же бифидобактерий статистически достоверно снижалась зимой, составляя 91,3 % случаев. Летом и зимой в составе нормальной микрофлоры человека статистически достоверно увеличивался показатель распространенности сульфатредуцирующих клостридий — до 34,1 и 26,8 %, соответственно, тогда как осенью и весной они встречались в 16,2 и 16,7 % случаев.

При сравнении полученных результатов по половому признаку, было установлено, что у мальчиков бифидобактерии весной высевались в 96,3 %, летом — в 93,0 %, а осенью и зимой — в 92,0 и 91,4 % случаев, соответственно. Однако, снижение частоты встречаемости бифидобактерий летом, осенью и, особенно, зимой, по сравне-

нию с весной, было статистически недостоверно. Статистически достоверное снижение распространенности лактобацилл регистрировалось летом и зимой. Они встречались в 33,1 и 43,0 % случаев, тогда как осенью и, особенно, весной лактобациллы высевались у 57,5 и 64,0 % мальчиков. Осенью и зимой у мальчиков статистически достоверно повышался титр сульфатредуцирующих клостридий (до 10^6 при норме $\leq 10^5$). Однако, несмотря на то, что их титр весной был в пределах нормы (10^4), частота встречаемости клостридий весной была самая низкая (18,0 %), а зимой — самая высокая (46,0 %), при титре 10^6 .

У девочек наиболее благоприятным сезоном для бифидобактерий также оказалась весна. Несмотря на то, что летом и зимой отмечалась тенденция к снижению частоты их встречаемости, полученная разница была статистически недостоверной ($P < 0,05$). Статистически достоверные изменения индигенной флоры для девочек были связаны с лактобациллами. Снижение частоты обнаружения данных бактерий наблюдалось зимой и осенью (до 52,3 %) и, особенно, летом (до 31,5 %), тогда как весной лактобациллы регистрировались у 65,5 % девочек. Частота встречаемости сульфатредуцирующих клостридий увеличивалась летом, тогда как их титр значительно превышал допустимые значения нормы зимой ($P < 0,001$).



Е.С. ИШТУНОВА, О.В. ГЕРБЕР
ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПИТАНИЯ КАДЕТОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ В КЕМЕРОВСКОМ КАДЕТСКОМ КОРПУСЕ

Научный руководитель – Л.В. Барков
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В новых условиях обучения получение рационального питания является актуальной проблемой гигиены подростков. Дефицит пищевых веществ резко увеличивает риск развития алиментарно-зависимых состояний у подростков, снижает сопротивляемость организма к инфекциям, повышенным физическим и психоэмоциональным нагрузкам, что приводит к снижению адаптационных возможностей подростков.

Целью работы являлось изучение питания кадетов и оценка его рациональности.

Основной задачей являлась оценка рациональности питания кадетов, его энергетической и биологической адекватности.

Проведена оценка семидневной меню-раскладки за весенне-летний период по методу Е.Н. Дюбюк.

В ходе исследования получены следующие данные: меню представлено однообразными блюдами, энергетическая ценность рациона каде-

тов превышена на 28 %, в рационе имеется избыток общего белка на 27,5 %, при недостатке животного белка на 12 %, недостатке общего жира 32 % и избытке углеводов на 53 %. В рационе кадетов отмечен дисбаланс витаминов: недостаток ретинола на 14,5 %, рибофлавина на 20 % и ниацина на 2,8 %, на фоне избыточного содержания тиаминна на 24 % и аскорбиновой кислоты на 1248,5 %. Аналогичная тенденция наблюдается по минеральному составу. Так, содержание минеральных солей выше нормы отмечено: по фосфору на 57,5 %, по магнию на 39,5 %, по железу на 225,3 %, а ниже нормы по солям кальция на 4,8 %. Нарушены соотношения белков, жиров и углеводов, кальция и фосфора.

Таким образом, рацион кадетов имеет серьезный недостаток важнейших пищевых веществ (животный белок, жир), что может привести к серьезным нарушениям обмена веществ и различным отклонениям в состоянии здоровья учащихся кадетского корпуса.

О.В. КЕНИХ, И.В. МЕЛЬНИКОВА
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗОВАННОГО ПИТАНИЯ
В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ г. КЕМЕРОВО

Научный руководитель – И.И. Ковешникова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Питание оказывает существенное влияние на физическое развитие, развитие мозга и интеллекта ребенка. Правильное питание повышает устойчивость организма к различным заболеваниям и повышает адаптационные возможности организма. Научные исследования показывают, что правильно организованное питание учащихся в школе повышает их работоспособность, успеваемость, способствует хорошему физическому развитию и укреплению здоровья. Ухудшение качества питания за последние 5 лет привело к росту заболеваемости ЖКТ (желудочно-кишечный тракт) и эндокринной патологии школьников. Это послужило поводом для проведения данного исследования.

Для установления организации фактического питания школьников было проведено обследо-

вание в 18-ти общеобразовательных школах в разных районах г. Кемерово. Обследование проводилось на предмет санитарного состояния пищеблока, способа и графика завоза пищевых продуктов в школьные столовые. При обследовании уделялось внимание наличию продуктов по основным группам, способу их хранения, выходу готовых блюд, разнообразию меню и проведению С-витаминизации готовых блюд. Дополнительно оценивалось состояние электрооборудования, наличие комплектов кухонной посуды, наличие и достаточность кухонного оборудования, способы ее обработки и хранения, наличие маркировки, запаса моющих и дезинфицирующих средств, наличие у персонала санитарных книжек, ведение соответствующей документации, качество и достаточность мебели в обеденном зале.

При изучении установлено:

- в 28 % школ недостаточное количество мебели в обеденном зале;
- в 55 % школ требуется ремонт или замена кухонного оборудования;
- в 55 % школ отсутствуют электрополотенца;
- в 22 % школ недостаточное количество моющих средств;
- в 22 % школ не работает бракеражная комиссия;
- в 11 % школ отсутствует журнал критических ситуаций;

- в 11 % школ не соблюдается товарное соседство продуктов;
- в 50 % школ не проводится С-витаминизация готовых блюд;
- в 78 % школ однообразное меню.

В ходе исследования установлено, что организация питания в большинстве из обследованных школ г. Кемерово не соответствует санитарным нормам и гигиеническим требованиям. По результатам исследования администрациям школ даны рекомендации по организации школьного питания.

М.К. КОВТУН, И.Ю. ВЕРЕТЕЛЬНИКОВА, Т.В. КУДРИНА К ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ

Научные руководители – В.П. Ковтун, Е.М. Суглобова
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Школа № 45, г. Кемерово*

Вздоровьесберегающих технологиях обучения немаловажен учет фактора питания. Преобразуясь в процессе метаболизма в структурные элементы клеток, пищевые вещества всецело обеспечивают жизнедеятельность организма.

Задачей нашего исследования явилось изучение питания школьников подросткового периода. Использовались стандартизированные методы. Определялось соответствие энергетических затрат и калорийности питания 30 школьников; соответствие физиологическим нормам получаемых с пищей белков, жиров, углеводов, витаминов С и А, минеральных веществ (калий, фосфор, железо). Изучен режим питания, ассортимент потребляемых продуктов. Для учета сезонности, питание изучалось в течение одной октябрьской и одной декабрьской недели.

В результате исследований выявлено: в среднем, суточные энергетические затраты детей (2357,8 + 79,7 ккал) несколько ниже возрастной нормы (2600 ккал). Индивидуальные энергетические затраты колеблются от 1469 до 3104 ккал. Калорийность питания, в среднем в группе, примерно соответствует энергетическим затратам детей, однако велики индивидуальные раз-

личия: у 63,3 % лиц в октябре и у 56,7 % в декабре получаемая с пищей энергия ниже фактических энергетических затрат, у 30 % школьников в октябре и у 40 % в декабре – выше потребной энергии. У школьников отмечается дефицит питательных веществ, витаминов С, А и макроэлементов. С учетом потерь при кулинарной обработке, потребление в октябре-декабре составляет от нормы: белков 78,2-93,7 %; жиров 68-86 %; углеводов 78-74 %; кальция 61-63 %; фосфора 55-57 %; железа 80-75 %; витамина С 29-18 %; витамина А 32-57 %. Только у некоторых питание сбалансировано по питательным веществам (белки, жиры, углеводы в соотношении 1:1:4). Содержание белков животного происхождения составляет от общего количества, в среднем, 57 %, при норме 65 %. У 33 % учащихся (в октябре) и у 60 % (в декабре) в пищевом рационе преобладают растительные белки. Очень мало потребляется растительных жиров. Прием пищи беспорядочен. Потребление ценных в химическом отношении продуктов ниже рекомендуемых норм. Питание однообразно. На основании полученных результатов, сделаны рекомендации по улучшению питания подростков школы № 45.

С.А. МАКСИМОВ МЕТОД ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАРЕНИЯ РАБОТАЮЩИХ НА ХИМИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Научный руководитель – А.П. Михайлуц
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Так как демографический процесс «постарения», наблюдаемый в настоящее время, затрагивает и трудоспособную часть населения,

то нередко встает проблема несоответствия между физиологическими возможностями организма лиц старшего возраста и требованиями, предъявляемы-

ми производством. Особо актуален этот вопрос в профессиях, характеризующихся чрезмерной интенсификацией труда, повышенной психологической напряженностью, постоянным воздействием вредных факторов (химические вещества, пыль, повышенная и пониженная температура и т.д.).

В гигиене труда одним из направлений по исследованию данной проблемы является изучение профессионального старения (ПС), через показатели профессиональной работоспособности (ПР) и, несколько реже, биологического возраста (БВ).

Так как на ПР и ПС влияет большое количество факторов, нами был подобран комплексный метод, на основе предложенного Н.В. Догле и С.М. Байда. При использовании данного метода предусматривается учет возможного влияния самых разнообразных факторов производственной обстановки. При сравнении уровня ПР у рабочих, подвергающихся и не подвергающихся воздей-

ствию химического фактора, можно определить силу влияния последнего на величину ПС.

При этом в работе предусматривается определение показателей системы антиоксидантной защиты организма (малоновый диальдегид, супероксиддисмутаза и каталаза), что позволяет исследовать различия в естественной сопротивляемости организма химическому фактору у основной и контрольной групп.

Параллельно с этим предполагается определение БВ работающих, по наиболее приемлемому для массовых исследований, третьему варианту методики Войтенко, включающему в себя определение систолического и пульсового давления, задержки дыхания на вдохе, время статической балансировки, массы тела и субъективной оценки здоровья с помощью анкеты. Использование этого показателя дает возможность определить не только степень влияния химического фактора на БВ, но и вычислить зависимость ПР, а тем самым и ПС от величины БВ.

И.В. МЕЛЬНИКОВА, А.О. ФОТИНА, В.А. ВОЛГИНА ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ МЕБЕЛИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель – Л.П. Почуева
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Общеобразовательная средняя школа № 45, г. Кемерово*

Правильное оснащение учебной мебелью и рациональное ее использование имеет большое значение для охраны здоровья подрастающего поколения и повышения эффективности всего учебно-воспитательного процесса. Ведущее место в формировании у детей и подростков различных патологических состояний органов зрения и опорно-двигательного аппарата занимает неправильно подобранная мебель. Правильная осанка растущего организма является основной для дальнейшего формирования и укрепления состояния здоровья детей и подростков в целом. Правильная осанка имеет не только эстетическое, но и физиологическое значение. Создавая наилучшие условия для деятельности детского организма, она обеспечивает правильное положение и нормальную деятельность внутренних органов, особенно легких и сердца.

С целью установления соответствия учебной мебели росто-возрастным показателям, были обследованы 15 учебных классов II-й и III-й ступеней обучения общеобразовательной школы № 45 г. Кемерово. Проводились измерения учебной мебели, сравнение полученных показателей с ГОСТом. Учитывалось наличие в классе несколь-

ких размеров школьной мебели, наличие маркировки, цвет, расстановка мебели.

При исследовании установлено:

- расстановка мебели во всех классах не отвечает гигиеническим нормам;
- размещение классных досок в трех классах не соответствует гигиеническим требованиям по высоте нижнего края над полом;
- подбор мебели во всех классах не соответствует антропометрическим особенностям учащихся III-й ступени обучения, особенно это касается крайних ростовых интервалов;
- отсутствует индивидуальный подбор мебели.

Данные медицинского осмотра школьников, проведенного в 2001 г., подтверждают влияние учебной мебели на формирование осанки. Так, нарушение осанки выявлено у 88 % учащихся 9-х классов, 22 % – 10-х классов, 87,9 % – выпускных классов, что вызывает особую тревогу в плане возникновения заболеваний костно-мышечной системы растущего организма.

По результатам исследования администрации школы даны рекомендации по подбору школьной мебели в соответствии с росто-возрастными показателями.

Ф.Ф. МИКИЛЕВ

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ
ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НИТРАТАМИНаучные руководители – Н.Г. Демидова, Е.Г. Анастасова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Питание является важнейшим фактором, определяющим здоровье человека. Актуальность проблемы обусловлена ухудшением экологической ситуации и нарушением структуры питания населения во многих странах, в том числе, в современной России. К числу вредных для здоровья компонентов пищи (ксенобиотиков), представляющих опасность в связи с их распространенностью и токсичностью, относятся азотсодержащие соединения: нитраты, нитриты и нитрозоамины. Они оказывают на организм человека тератогенное, мутагенное, эмбриотоксическое и канцерогенное воздействие. Основное количество нитратов (82-92 %) попадают в организм человека с продуктами растительного происхождения, преимущественно с овощами.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния неблагоприятных погодных условий, преимущественно холодного и дождливого лета 2001-2002 годов, на содержание нитратов в ово-

щах, выращенных в пригородной зоне г. Кемерово.

Для определения содержания нитратов в вытяжках (экстрактах) моркови, свеклы столовой, картофеля применяли метод прямой потенциометрии – ионометрию.

В результате проведенного исследования установлено, что почти в 45 % анализируемых образцов наблюдалось превышение ПДК нитратов (таблица).

Таблица
Содержание нитратов в овощах урожая 2001-2002 года

Образец	Содержание нитрат-ионов, мг/кг									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Морковь 2001	45	150	480	460	160	590	50	520	250	430
Морковь 2002	80	220	500	650	160	700	50	550	200	600
Свекла 2001	200	230	240	3500	1000	750	4000	4200	1200	1400
Свекла 2002	210	400	190	3500	1100	720	3650	3700	1420	1450
Картофель 2001	70	420	500	25	250	165	200	630	250	300
Картофель 2002	50	370	510	48	270	230	180	640	300	350

В работе также даны рекомендации по методам обработки овощей в домашних условиях, которые позволяют обеспечить снижение содержания нитратов до безопасного уровня достаточно быстро и без специальных средств.

О.А. РЫТЕНКОВА
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПРЕСС МЕТОДЫ,
КАК ИНДИКАТОР ТОКСИЧНОСТИ ВОДОЕМОВ

Научный руководитель – Р.А. Мухомодияров
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Классический лицей, г. Кемерово*

Биологические методы анализа качества воды разрабатываются в рамках санитарной гидробиологии, с целью установления интегральной токсичности водной среды на качество воды и ее процессов самоочищения.

В виде объектов тестирования в настоящее время используются различные макро- и микроорганизмы, обитающие в поверхностных водотоках, такие как, рыбы, моллюски, простейшие растения и микроорганизмы.

В соответствии с социальным заказом, в Кемеровской государственной медицинской ака-

демии были проведены экспериментальные исследования токсичности воды р. Искитимка и р. Томи, с применением биологических индикаторов – дафнии, инфузории и растения.

Установлено, что наиболее объективным показателем следует считать водные растения из-за их долговечности адаптации к водосточникам и возможности автоматического физиометрического способа контроля за реакцией растений на различные вредные вещества.

Принцип автоматического контроля заключается в том, что в растение вводится стеклянный

микроэлектрод, который показывает уровень трансмембранного потенциала в растении. Регистрируемый сигнал через потенциометр выводится на самописец.

При изменении токсичности испытуемой воды нарушается внешняя мембрана растений и изменя-

ется кислотно-щелочной баланс внутри растения, что подтверждает агрессивность водной среды.

Метод весьма простой, надежный, может использоваться для автоматического контроля качества водоисточников или питьевой воды, имеет ряд экономических преимуществ.

Е.В. САПЕГИНА
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТАЮЩИХ
НА КЕМЕРОВСКОМ КОАО «АЗОТ»

Научный руководитель — А.П. Михайлуц
МУЗ Городской центр медицинской профилактики, г. Кемерово

За последние три года уровень общей заболеваемости составил, в среднем, 1150,7 случаев на 1000 человек, в том числе, 750,9 случаев — с диагнозом, установленным впервые, и 131 — состоящих под диспансерным наблюдением.

Среди заболеваемости по обращаемости на первом месте стоят болезни органов дыхания, на втором — болезни органов пищеварения, на третьем — болезни костно-мышечной системы. Далее, по убыванию, следуют болезни глаз, травмы и отравления, заболевания кожи и подкожной клетчатки, болезни системы кровообращения, мочеполовой системы, уха и сосцевидного отростка, эндокринной системы и новообразований. Из установленных впервые, первое место занимают болезни органов дыхания, второе — органов пищеварения, третье — травмы и отравления. Затем идут заболевания кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы, мочеполовой, инфекционные, болезни уха, системы кровообращения, новообразования, эндокринной системы. У состоящих на диспансерном учете на первом месте — заболевания системы кровообращения, на втором — органов пищеварения, на третьем — органов дыхания, затем — эндокринной, мочеполовой систем, болезни глаза, уха, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы, новообразования. Вы-

сокую степень хронизации среди общей заболеваемости составили болезни крови, системы кровообращения, эндокринной системы, мочеполовой системы и новообразования.

Среди заболеваемости по обращаемости, болезни органов дыхания превышают городские показатели в 1,3 раза, болезни органов пищеварения — в 1,6, уха и сосцевидного отростка — в 1,6 раза. Из впервые выявленных общий показатель в 1,3 раза, за счет таких болезней, как органов дыхания — в 1,7 раза, пищеварения — в 8,4, кожи и подкожной клетчатки — в 1,2 раза, новообразования — в 1,6 раз, эндокринной системы — в 1,5 раза.

В 2001 году уровень общей заболеваемости снизился за счет болезней органов пищеварения и дыхания, травм и отравлений, но выросла заболеваемость костно-мышечной, соединительно-тканной, кровообращения, эндокринной и нервной систем, инфекционных и глазных болезней, психических расстройств. Уровни впервые выявленных заболеваний снизились, за счет болезней органов пищеварения и дыхания; возросли уровни инфекционных болезней, систем кровообращения и нервной, новообразований и психических расстройств. Возросло число пациентов, состоящих на диспансерном учете с эндокринной патологией и новообразованиями.

Е.В. САПЕГИНА
КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
РАБОТАЮЩИХ НА КОАО «АЗОТ»

Научный руководитель — А.П. Михайлуц
МУЗ Городской центр медицинской профилактики, г. Кемерово

Медицинская санитарная часть КОАО «Азот» состоит из стационара на 118 коек и поликлиники с проектной мощ-

ностью 250 и фактической свыше 500 посещений в смену, обслуживающей около 12200 человек работающих.

Основываясь на нормативах 1978 года, выяснилось, что в поликлинике не хватает основных врачебных кадров: терапевтов в 5 раз, цеховых терапевтов в 1,4 раза, стоматологов в 1,6 раз. Нагрузка на одну врачебную должность, в среднем, превышает стандартный показатель в 1,6 раз.

Функция врачебной должности, в среднем по поликлинике, в 5 раз выше нормы, в основном за счет эндокринолога (в 21,8 раз), стоматолога (в 8,3 раз), хирурга (в 7,2 раз), инфекциониста (в 4,3 раз), терапевта, невропатолога и дерматолога — в 1,6 раз.

Число посещений на одного работающего в год, в общем по поликлинике, превышает норму в 1,3 раза. По специалистам показатели посещения превысили норму — у терапевтов в 1,2 раза, у окулиста, хирурга, дерматолога и эндокринолога — в 1,8, у невропатолога — в 2,2 раза, у гинеколога — в 3,2 раза, у инфекциониста — в 4,3 раза.

Удельный вес посещений по поводу заболеваемости составил по поликлинике 49 %, при этом заболеваемостью обусловлено 100 % из них — к ин-

фекционисту, профпатологу, эндокринологу и терапевту. Незначительно меньший процент посещений по поводу заболевания — у хирурга (70,2 %) и цехового терапевта (54 %).

Из выше сказанного можно предположить, что нормативно-законодательная база устарела, либо наблюдается рост заболеваемости по терапевтическим, хирургическим, гинекологическим, инфекционным, дерматологическим и эндокринологическим болезням.

Охват диспансерным наблюдением хронических больных составил, в среднем, всего лишь 64 %.

Обеспеченность амбулаторных больных диагностическими исследованиями превышает норму — по лабораторным исследованиям в 1,6 раз, по функциональным в 2 раза, флюорографическим в 9,3 раз, ультразвуковым в 1,4 раза, эндоскопическим в 4 раза. Возможно, это связано с неподходящими для химического предприятия нормами, или с отсутствием четких показаний к проведению данных исследований.

Е.М. СИТНИКОВА

СВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА У РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ

Научный руководитель — А.П. Михайлуц

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проведен анализ состояния здоровья и окислительного метаболизма людей, работающих на КОО «Азот» и КОО «Химпром» г. Кемерово.

Состояние окислительного метаболизма оценивали по содержанию в биологических средах (слюне) малонового диальдегида (МДА) и активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы.

Для сравнения результатов были сформированы две группы. Основную группу (435 чел.) составили работники химических предприятий. В контрольную группу (91 чел.) вошли лица, не подвергающиеся действию вредных химических факторов. Биологический материал (слюну) для исследований брали утром, натощак, сбор проводили в течение 15 минут. Собраны данные о заболеваемости за 1998-2002 гг.

В основной группе концентрация МДА была увеличена в 2,8 раз, активность каталазы повышена в 1,9 раз. Наряду с этим, установлено достоверное снижение активности СОД — на 12,4 %.

Установлены прямые средние связи между МДА, активностью СОД, каталазы в слюне работающих, с одной стороны, и заболеваемостью

по обращаемости, с другой стороны (коэффициент корреляции — 0,50-0,64).

Установлено, что, с повышением значения МДА в слюне, у работников химических производств наблюдается увеличение числа случаев болезней органов дыхания — на 17,9 %, болезней органов пищеварения — на 53,3 %, болезней нервной системы и органов чувств — на 45,7 % и количества новообразований — на 23,4 %.

Такая же неблагоприятная зависимость отмечена при изменениях активности антиоксидантных ферментов. Так, с повышением активности каталазы (СОД), число случаев заболеваний органов пищеварения увеличивается на 75 % (34,3 %), болезней нервной системы и органов чувств — на 24,1 % (29,6 %), новообразований — на 69,2 % (94,7 %). Также, с повышением активности СОД, в 3,3 раза увеличивается количество случаев болезни кожи и подкожной клетчатки.

Таким образом, отмечается зависимость между уровнем заболеваемости лиц, работающих на химических производствах, и интенсивностью процессов перекисидации липидов и активностью ферментов антиоксидантной защиты.



Е.М. СИТНИКОВА
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СТЕРЕОТИПОВ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ
РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ

Научный руководитель — А.П. Михайлуц
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Изучены характер питания и состояние здоровья работающих на КОО «Азот» и КОО «Химпром». Использован анкетно-опросный метод. Анкетированием были охвачены 813 работников разных профессиональных групп, возраста и стажа работы. Собраны данные о их заболеваемости за период 1998-2002 гг.

По избирательному и доминирующему потреблению тех или иных продуктов питания, а также режиму питания, среди работников химических производств выделено 7 стереотипов пищевого поведения (СПП): «рациональный» СПП; с преимущественным потреблением мяса и мясных продуктов; с преимущественным потреблением молока и молочных продуктов; с достаточным потреблением рыбы и морепродуктов; с преимущественным потреблением овощей и фруктов; СПП, ориентированный на потребление продуктов с высоким содержанием углеводов, и СПП с повышенным потреблением сладких продуктов.

Наиболее часто болели лица, придерживающиеся СПП с повышенным потреблением сладких продуктов (88,9 %) и с преимущественным потреблением продуктов с высоким содержанием углеводов (86,5 %). При СПП с достаточным потреблением морепродуктов этот показа-

тель составил 68 %, при «рациональном» — 64,6 %.

Лица, придерживающиеся СПП с повышенным потреблением сладких продуктов и с преимущественным потреблением продуктов с высоким содержанием углеводов в 6,5 раз (6 раз) чаще болеют болезнями мочеполовой системы; в 3,5 раза (3,3 раза) — болезнями нервной системы и органов чувств, по сравнению с лицами, придерживающимися СПП с достаточным потреблением рыбы и морепродуктов.

При СПП с преимущественным потреблением продуктов с высоким содержанием углеводов и с достаточным потреблением морепродуктов, на 49,2 % (46,7 %) выше уровень болезней органов пищеварения. В то же время, при «рациональном» СПП на 32,2 % меньше уровень болезней органов дыхания, на 45,2 % — болезней системы кровообращения, в 1,5 раза — болезней эндокринной системы. У лиц, придерживающихся СПП с достаточным потреблением морепродуктов, в 7,2 раз ниже уровень болезней эндокринной системы.

Таким образом, в результате исследований, установлена определенная зависимость уровней заболеваемости работающих на химических производствах от стереотипов пищевого поведения.

И.П. СОБАКИН
СОРБЦИОННЫЕ СВОЙСТВА УГЛЕВОДОРОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Научные руководители — В.П. Ковтун, С.Л. Тупицкая
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Углеродные волокна (УВ), т.е. химические волокна, основным компонентом которых является углерод, обладают рядом специфических свойств: высокая прочность, термостойкость, химическая инертность и другие, что обуславливает их широкое применение в технике. Они обладают высокой способностью поглощать ядохимикаты, фенол, диоксин, ПАВ, что позволяет использовать их в качестве сорбентов для очистки воды и воздуха. Имеются данные об адсорбции некоторыми сорбентами на основе УВ микробных клеток. Углерод-

ное волокно на основе поливинилфторида не дает обсеменности и применяется в микрохирургии глаза в качестве шовного материала. УВ не токсичны, не вызывают неблагоприятных реактивных изменений в тканях.

Нами была исследована сорбционная способность углеродных материалов на основе поливинилхлорида (гидратцеллюлозного волокна и волокна на основе пека) по отношению к бактериям.

С этой целью получили стандартизированные суспензии суточных культур эпидер-

мального (условно-патогенного), золотистого (патогенного) стафилококков, споровой палочки из рода *Bacillus* и кишечной палочки (в 1 мл — 10^9 , 10^8 , 10^7 , 10^6 , 10^5 микробных клеток). В опытных рядах пробирок в микробную суспензию поместили образцы испытательных типов углеродных материалов. После инкубации при комнатной температуре, произвели определение изменения оптической плотности суспензий, бывших в контакте с углеродными материалами, относительно контрольных. Определение производилось через 30 мин., 1 час, 2 часа, 24 часа. В результате опыта выявлены четкие различия оптической плотности бактериальных суспензий, бывших в контакте с углеродными материалами, и контрольных проб. Такой результат позволяет сделать заключение о вы-

раженной сорбционной способности материалов.

Также была сделана попытка выявить бактерицидный эффект испытуемых материалов на указанные выше бактерии в тех же концентрациях, что и при определении оптической плотности. С этой целью, из заданных концентраций опытных и контрольных суспензий производился высеивание микробов на соответствующие среды, с интервалом между высевом 30 мин., 1 час, 2 часа, 24 часа. Результат учитывался после суточной инкубации. По результатам опыта можно судить об отсутствии бактерицидных свойств исследуемых материалов, так как количество выросших колоний в посевах опытных и контрольных суспензий испытанных концентраций (10^9 , 10^8 , 10^7 , 10^6 , 10^5) существенно не различались.

А.Н. ТИТОВА

ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ТИСУЛЬСКОГО РАЙОНА МЕТОДОМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ НАКОЖНЫХ ПРОБ

Научный руководитель — К.Г. Громов

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В связи с тем, что уровень и структура заболеваемости детей 0-14 лет имеют высокие показатели по классам экологически зависимой патологии, в апреле 2002 г. проведена оценка иммунного статуса детей 7-14 лет. Оценивали при помощи аллергических накожных проб (метод К.Г. Громова, 1986). В качестве аллергенов использовались компоненты вытяжек на основе лекарственного препарата со свойствами растворителя диметилсульфоксида («димексид», ДМСФ). В связи с наличием в районе дополнительных техногенных нагрузок, были приготовлены вытяжки из сборной пробы угля (№ 1), из пробы отвалов рудников (№ 2) Тисульского района, а также из золы (№ 3). ДМСФ был использован в качестве контроля (при лечебном применении вызывает аллергию в 5-18 % случаев). Настоявшиеся вытяжки центрифугировали, а надосадочную жидкость наносили на предплечье испытуемых. Ответная реакция оценивалась в течение 30 минут после нанесения, и через 24 часа, по появлению зуда, гиперемии. Получены данные о 240 пробах.

Анализ материала показал, что максимальное количество положительных реакций наблюдалось на компоненты вытяжки из отвалов рудников — 34,6 %, на 2-м месте — реакции на вытяж-

ку из угля (6,7 %), на 3-м месте — на вытяжку из золы (2,0 %).

Реакции на димексид составили 18,3 %.

По возрасту самой реактогенной группой явились дети 7, 8, 9 лет: процент колебания положительных реакций составил: на вытяжку № 1 — 20, 14, 13 %; №2 — 34, 42, 58 %. В группе 10-14 лет наблюдалась более выраженная реактогенность на димексид (до 47 %), сохранялась реакция на вытяжку из отвалов (10-38 %) и отсутствовала реактивность на компоненты вытяжки из угля и золы.

Результаты исследования указывают на то, что элементный состав вытяжек различается и в разной степени влияет на иммунореактивность. Так, наибольшей аллергенностью обладают неорганические компоненты вытяжки из отвалов рудников. Компоненты вытяжки из угля и золы в небольшой степени обладают биоагрессивностью и токсичностью. Возможно, это зависит от стадии метаморфизма используемого угля, а также от состояния иммунитета, распространенности и контакта с данными аллергенами в окружающей среде. Максимальный иммунный ответ у детей 7-9 лет говорит о возрастном несовершенстве механизмов защиты и большей уязвимости детского организма в этом возрасте.



А.Н. ТИТОВА
ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ
ТИСУЛЬСКОГО РАЙОНА

Научный руководитель — К.Г. Громов
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проведено исследование состояния здоровья и физического развития детей Тисульского района. Оценка физического развития основана на данных антропометрического обследования 240 детей 7-14 лет (2002). Индивидуальная оценка проведена с помощью центильного анализа. О состоянии здоровья детей 0-14 лет судили по показателям заболеваемости за период 1992-2002 гг. Для оценки заболеваемости использован метод ранговой корреляции; ранжирование проводилось среди сельских районов области от большего значения к меньшему ($P = 12$).

Установлено, что большинство детей находятся в группе с нормальным гармоничным уровнем физического развития по росту: мальчики 57-89 %, девочки 53-75 % ($N = 50$ %); по весу — мальчики 53-82 %, девочки 56-100 % ($N = 50$ %). Отмечена тенденция увеличения показателей роста в возрастных группах у девочек 7, 9, 10, 11, 12 (29-60 %) лет и мальчиков 7, 8, 9, 10 лет (27-53 %), $N = 25$ %. Дисгармоничное физическое развитие по показателю низкого веса обнаружено у девочек 9 лет (38 %), у мальчиков 7, 9, 10 лет (38-47 %).

Таким образом, у детей Тисульского района наблюдаются высокие темпы акселерации по росту; без существенного снижения массы тела (кроме девочек 9 лет и мальчиков 7, 9, 10 лет).

Ранговая характеристика заболеваемости детей в динамике за 10 лет показала высокий уровень общей заболеваемости (Ранг 1-5).

При анализе структуры заболеваемости по нозологическим классам (МКБ-10) обнаружено, что в динамике лет наблюдается следующая закономерность: новообразования, болезни кожи, болезни эндокринной системы, врожденные аномалии находятся на 1-3 рангах, что означает постоянно высокие уровни данной патологии.

Таким образом, выявлена характерная патология для Тисульского района. По материалам ВОЗ, онкозаболевания и врожденные аномалии относятся к маркерам экологического риска и принадлежат к группе индикаторной патологии с высокой зависимостью от загрязнения окружающей среды; эндокринные болезни относятся к экообусловленной патологии с умеренной степенью зависимости. В связи с этими данными можно говорить о неблагоприятной экологической ситуации в районе. Требуется дальнейшее изучение этой проблемы с природно-климатических, социально-медицинских позиций. На данном этапе можно предположить, что в изучаемом сельскохозяйственном районе на здоровье детей влияют дополнительные неблагоприятные техногенные факторы — угольные разработки и рудники.

В.А. ЧЕПЕЛЬ, Л.И. ИВАНОВА
ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Научный руководитель — А.Г. Солодовник
Кемеровский областной медицинский колледж, г. Кемерово

Значимость проблемы психологического сопровождения образовательного процесса связана, как с ухудшением состояния здоровья студентов, так и с профилем учебного заведения.

Цель исследования: разработка и оценка мероприятий по психологическому сопровождению образовательного процесса.

Задачи исследования: определение психологического статуса студента, разработка стратегии

сопровождения студента в процессе обучения, изучение динамики личностных особенностей в процессе психологического сопровождения, оценка эффективности мероприятий психологического сопровождения.

Методы: психологическое тестирование.

Модель психологического сопровождения учебного процесса впервые была апробирована в 1999-2000 учебном году на базе Кемеровского

областного медицинского колледжа. Объектом исследования явились 247 респондентов, студентов-первокурсников КОМК. По результатам психодиагностического обследования студентов-первокурсников, изучения их психологических особенностей определялись средства и формы психокоррекционной и профилактической деятельности. Использовались аудиторные и внеаудиторные виды работы. Проводились: тренинг, групповые и индивидуальные консультации, коррекционно-развивающая и консультативная работа по отношению к студентам группы риска.

Оценка эффективности мероприятий психологического сопровождения включала повторное тестирование, изучение динамики показателей индивидуально-психологических особенностей

личности студентов-первокурсников. Составлялась характеристика психологического статуса студента в динамике, разрабатывались индивидуальные и групповые планы развития, перспективный план модели сопровождения студентов второго курса.

Результаты проведенного исследования позволили констатировать снижение уровня тревожности, позитивные тенденции в развитии коммуникативных, организаторских способностей, эмпатии.

Психологическое сопровождение учебного процесса КОМК способствует созданию образовательной, развивающей среды, обеспечивающей условия личностного роста и сохранение психологического здоровья студентов.

В.А. ЧЕПЕЛЬ, Л.Ф. СОЛОНИНКИНА
ВОЗМОЖНОСТЬ ВАЛЕОКОРРЕКЦИИ В СИСТЕМЕ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ – ЛПУ

Научный руководитель – А.Г. Солодовник
*Кемеровский областной медицинский колледж,
МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

Основная роль в формировании валеологической культуры отводится медицинским работникам, как наиболее компетентным в данной области знаний. В этой связи советы и рекомендации по исключению факторов риска (как избежать заболеваний) и включению в образ жизни факторов оздоровления (как поддержать здоровье) находятся в центре внимания.

Цель исследования: разработать мероприятия, направленные на воспитание, формирование валеологической культуры, укрепление, сохранение здоровья студентов медицинского колледжа и работающих медсестер.

Задачи исследования: сравнить социальные и медико-биологические факторы у студентов медицинского колледжа и медицинских сестер, оценить распространенность факторов риска, определить отношение к ним исследуемых групп, рассмотреть возможности и эффективность валеокоррекции.

Методы: анкетирование студентов Кемеровского областного медицинского колледжа и медицинских сестер городской больницы, включающее разделы: уровень обеспеченности, обусловленность выбора профессии, вредные привычки, уровень двигательной активности, особенности режима, использование свободного времени, оценка собственного здоровья.

При сравнительной оценке факторов, формирующих здоровье изучаемых контингентов, определяется наличие однотипных факторов риска, но у медицинских сестер они становятся более выраженными и стойкими (стараятся соблюдать режим дня 37 % студентов, 22 % медсестер; занимаются спортом эпизодически 34 % студентов, 8 % медсестер; наибольшее количество пищи приходится на обед у 52 % студентов, у 24 % медсестер; курение распространено у 23 % студентов, у 48% медсестер).

Полученные результаты позволили разработать и провести ряд мероприятий. В медицинском колледже осуществляется преподавание электива «Валеология» на всех специальностях, функционирует Центр содействия укреплению здоровья студентов, в ГКБ № 3 проведена акция по улучшению качества жизни медицинских сестер (цикл конференций, организация школ здоровья, издание методических рекомендаций, доступность оздоровительного комплекса). В результате проведенных мероприятий, отмечается повышение интереса к собственному здоровью среди студентов и сестринского персонала, увеличение медицинской активности студентов и медицинских сестер.

Д.Ю. ЧУХРОВ
ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА СОТРУДНИКОВ
УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель – А.П. Михайлуц
Центр госсанэпиднадзора ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области

По специально разработанной анкете для изучения роли образа жизни (условия труда, характер питания, жилищно-бытовые условия, вредные и полезные привычки, отдых) в состоянии здоровья было проведено анонимное анкетирование 780 сотрудников уголовно-исполнительной системы, работающих в городах Кемеровской области. Анкетируемые имели разный возраст, стаж работы, пол, воинские звания.

В связи с тем, что в настоящее время стало уделяться внимание рискам развития дискомфортных состояний, предлагалось при анкетировании субъективно оценить условия труда с общепринятой градацией их на «оптимальные», «допустимые», «вредные» и «опасные». При этом, в качестве факторов, которые могли сказаться на оценке условий труда, выбраны: возраст, стаж, пол, служебное положение, продолжительность рабочего дня, сменность работы, образование, семейное положение, жилищные условия.

Из таблицы следует, что наиболее распространенной (35,4-59 %) была субъективная оценка условий труда как «допустимых». На втором месте по частоте (17,4-43,1 %) условия труда расценивались как «опасные». Третье место по частоте занимала оценка «вредные условия труда» и только 7-20 % считали их «оптимальными». В то же время, на субъективную оценку условий труда оказывали влияние многие факторы. Так, чаще других свои условия труда как «опасные» оценивали работники старше 40 лет, при стаже работы 5-10 лет, мужчины, лица младшего начальствующего состава, имеющие не-

нормированный рабочий день, работающие посменно, имеющие среднее образование. И, наоборот, реже условия труда были расценены как «опасные» лицами молодого возраста, с большим стажем работы, старшего начальствующего состава, работающими 6 часов, в одну смену, имеющими высшее образование.

Заслуживает внимания тот факт, что условия труда изучаемого контингента сотрудников действительно имеют значительные различия, которые достаточно хорошо субъективно улавливаются и могут приводить к развитию дискомфортных состояний, в связи с восприятием значительной частью работающих условий труда как «опасных».

Таблица
Субъективная оценка условий труда
сотрудниками уголовно-исполнительной системы

Фактор	Условия труда (% оценок)			
	оптимальные	допустимые	вредные	опасные
Возраст:				
до 30 лет	7,9	44,2	19,6	28,3
30-40 лет	12,0	41,8	17,1	29,1
старше 40 лет	8,0	51,8	4,0	36,2
Стаж (годы):				
до 3 лет	10,7	43,1	15,3	30,9
3-5 лет	0	56,9	11,3	31,8
5-10 лет	7,8	33,9	21,1	37,2
более 10 лет	16,8	55,7	3,9	21,8
Пол:				
мужчины	7,2	38,9	19,2	34,7
женщины	12,1	54,3	6,9	26,7
Служебное положение:				
младший начальствующий состав	2,7	41,8	18,4	37,1
начальствующий состав	13,1	39,9	17,2	29,8
старший начальствующий состав	14,1	53,9	10,9	21,1
вольнонаемные	11,9	54,1	2,9	31,1
Продолжительность рабочего дня:				
6 часов	20,0	59,0	0	21,0
8 часов	3,4	39,9	16,3	40,4
12 часов	14,2	61,3	7,1	17,4
Сменность:				
ненормированный рабочий день	3,8	27,3	25,8	43,1
работа в день	14,6	54,9	8,2	22,3
посменно	4,0	36,3	19,5	40,2
Образование:				
среднее	3,0	35,4	15,2	46,2
среднее специальное	5,3	44,9	15,8	34,0
высшее	14,5	46,2	15,4	23,9

К концу смены 51,3 % анкетированных отмечали развитие «средней» степени усталости, в 31,3 % случаев указывали на «легкую» степень усталости и в 17,4 % случаев расценивали свое состояние «сильную» и «очень сильную» степень усталости. Наиболее часто «сильную» и «очень сильную» степень усталости к концу работы отмечали лица: в возрасте старше 40 лет; относящиеся к начальствующему и старшему начальствующему составу; имеющие стаж работы 5-10 лет; работающие по 8 часов в смену; со средним образованием; разведенные. Наоборот, меньше уставали к концу работы лица: в возрасте до 30 лет; работающие по 6 часов в смену; имеющие среднее специальное образование; семейные.

В подавляющем большинстве случаев (65,7 %) развитие усталости отмечалось после 6 часов работы. Чаще на наступление усталости на 5-6 часах работы указывали женщины, вольнонаемные, со стажем работы более 10 лет, имеющие плохие жилищные условия, разведенные.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что трудовая деятельность сотрудников уголовно-исполнительной системы по субъективной оценке вредности и опасности условий труда, ощущению степени усталости и времени ее наступления может создавать риски развития дискомфортных состояний и представлять опасность для здоровья.



Е.В. БОБРИКОВ, Н.В. СЕРГЕЕВА, С.А. ИСАЕВА
 ИЗУЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ
 АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель — А.С. Урбанский
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В практике дерматолога трудной задачей является составление плана лечения и выбор препаратов, исходя из принципов доказательной медицины с лабораторным подтверждением выявленных звеньев патогенеза.

Целью исследования являлось изучение микроциркуляции кожи у больных аллергическими дерматозами в процессе лечения.

Под наблюдением находились 15 стационарных больных дерматозами (9 женщин и 6 мужчин), в возрасте 19-55 лет. Экземой истинной страдали 2 человека, микробной — 3, контактным аллергическим дерматитом — один, экссудативной эритемой — 2, псориазом — 3, красным плоским лишаем — 3, пузырчаткой — один человек. Длительность заболевания составляла от 2-х недель до 13 лет. В процессе наблюдения пациенты получали лечение, согласно медико-экономическим стандартам. Часть больных получали лечение, направленное на изменение микроциркуляции крови в очагах воспаления кожи (препараты никотиновой кислоты, кальция, мази). Контролем служили данные обследования 15 человек без заболеваний кожи, в возрасте 21-54 лет.

Для изучения микроциркуляции крови использовали метод определения капилляроскопической картины ногтевого ложа (норма, спазм, атония) у больных в начале или в конце лечения, с помощью аппарата капилляроскоп К-70. О результативности лечебных процедур судили по изменению (нормализации) капилляроскопической картины.

Получены следующие данные. Измененная капилляроскопическая картина оказалась у 14 больных дерматозами (спазм выявлен у 6, атония — у 8 человек) и у 13 здоровых (спазм — у 9, атония — у 4). Капилляроскопическая картина выявила спазм капилляров у 4-х больных, находящихся в самом начале лечения, и у 2-х больных, заканчивающих курс лечения, атония, соответственно, — у 6 и у 2. Различия недостоверны. Препараты никотиновой кислоты в 70 % случаев были назначены больным с атонией капилляров.

Следовательно, доказано, что 93,3 % больных дерматозами имеют патологическую капилляроскопическую картину, что не всегда учитывается при назначении лечения ангиотропными препаратами. Полученные данные могут учитываться при разработке протоколов лечения.

В.В. ВАВИН, З.А. ГЛУШКОВА
 СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ АМИНОКИСЛОТ КОЖЕЙ
 ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Научные руководители — И.Н. Овчарук, А.С. Урбанский
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Показано, что на поверхности кожи находятся аминокислоты, которые являются продуктами деятельности потовых желез, разложения микроорганизмов и клеток собственно эпидермиса кожи. Некоторые аминокислоты являются факторами питания микроорганизмов, находящихся на поверхности кожи. Причем, стимулируют рост одних и подавляют рост других. Аминокислоты, благодаря амфотерности, играют важную роль в поддержании рН поверхности кожи 5,5, что также определяет ее защитную функцию.

Нами изучен аминокислотный состав смывов с кожи 21 здоровых добровольцев методом хрома-

тографии в тонком слое. Было идентифицировано 10 аминокислот, главные из которых серин и глицин. Получена суммарная экскреция аминокислот кожей здорового человека, равная 69 ± 11 мкмоль/см² в сутки. Были изучены смывы с кожи 21 больных хроническими дерматозами (11 — экземой, 10 — псориазом) и было определено, что суточная экскреция аминокислот у них меньше, чем у здоровых в 3 раза ($22 \pm 3,4$ мкмоль/см² в сутки).

Таким образом, у больных экземой и псориазом снижена экскреция аминокислот кожей, что ослабляет ее защитную функцию и способствует прогрессированию патологического процесса.

М.Г. ВОРОНКИН, М.Б. МАРУЕВ, М.В. ЛОБАНОВА СЛУЧАЙ ТРИХОМОНАДНОЙ ЯЗВЫ У БОЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗОМ С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ В КОЖЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Научный руководитель — А.С. Урбанский

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В 1914 г. Henschen описал опухоль вследствие подкожного введения инородного тела, и назвал ее гранулемой. А.И. Абрикосов, в зависимости от механизма возникновения, выделил 2 типа: травматическую и инъекционную. Иногда гранулемы изъязвляются, и перед врачом встает проблема установления причины данного состояния.

В литературе последних лет подобных наблюдений нет. Данный материал представляет интерес для врача любой специальности, сталкивающегося с клиникой эрозивно-язвенных процессов на коже половых органов. Приводим собственное наблюдение:

Больной К., 32 лет, БОМЖ. Госпитализирован в м/о № 2 МУЗ ГКВД, с подозрением на первичный сифилис. Больного беспокоило образование язвенного дефекта на боковой поверхности полового члена. Появление язвы отметил спустя 2 месяца после половой связи с незнакомой женщиной. Из анамнеза известно, что, находясь в местах лишения свободы, самостоятельно ввел себе под кожу полового члена кусочек отшлифованного стекла. Холост, не работает, часто употребляет алкоголь, имеет многочисленные случайные половые связи.

При осмотре определяется язвенный дефект, расположенный на правой боковой поверхности кожи полового члена. Язва овоидной формы, размером 0,7 Ч 1,3 см, с ярко-красным дном, края приподняты, отделяемое серозное. В основании пальпируется округлое образование, диаметром 0,5 см, деревянистой плотности, смещаемое, безболезненное. Паховые л/у увеличены до боба, с обеих сторон. Кожа и видимые слизистые без специфических изменений. Губки уретры спокойны, выделений нет. Проба Томпсона — сгустки слизи в обеих порциях мочи. С учетом анамнеза и клинико-серологического обследования, диагноз сифилиса исключен. При бактериоскопии мазков и отделяемого язвы, обнаружены лейкоцитоз и трихомонады. Диагностирован хронический тотальный уретрит, трихомонадной этиологии, изъязвившаяся гранулема инородного тела полового члена, обусловленная трихомонадной инфекцией.

Следовательно, больные с инородными телами в коже полового члена подлежат обязательному обследованию на ИППП, в том числе, трихомониаз.

Е.Ю. ВЯЩЕВА, И.А. САМСОНОВ, В.В. ВАВИН, Е.А. ЗАБРОДИНА ИЗУЧЕНИЕ pH СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель — А.С. Урбанский

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В дерматологии актуальной задачей является выявление патологии кожи и сопутствующих заболеваний, используя показатели тестов, особенно с применением неинвазивных методов исследования. В связи с этим привлекает внимание слюна — секрет желез, удобный для сбора и исследования.

Цель исследования: выявить возможную зависимость между pH слюны и наличием дерматоза у человека.

Под наблюдением находились 16 стационарных больных дерматозами (9 женщин и 6 мужчин), в возрасте 22-65 лет. Экземой истинной страдали 3 человека, контактным аллергическим дерматитом — один, экссудативной эритемой — два, псориазом — два, красным плоским лишаем — два, нейродерми-

том — один, пузырьчаткой — один, герпесом — два, стрептодермией — два человека. Длительность заболевания составляла от 6 дней до 16 лет. В процессе наблюдения пациенты получали лечение, согласно медико-экономическим стандартам. Часть больных получали лечение, направленное на санацию очагов фокальной инфекции и сопутствующих заболеваний пищеварительной системы. Контролем служили данные обследования 16 человек, не страдающих заболеваниями кожи, в том числе, с выявленной патологией пищеварительной системы (2 человека), в возрасте 21-55 лет.

Для сбора материала использовались опрос и осмотр больных, анкетирование, выкопировка данных из историй болезни, сбор слюны по методу Булгаковой и Коротыко (2002), с последую-

щим определением рН слюны на приборе.

Получены следующие данные. В группе больных дерматозами рН слюны составила $6,55 \pm 0,065$, причем, у больных с выявленной патологией пищеварительной системы — $6,64 \pm 0,07$, без патологии пищеварительной системы — $6,47 \pm 0,09$. В контрольной группе — $6,99 \pm 0,04$, $6,89 \pm 0,095$, $7,01 \pm 0,04$, соответственно. Разница показателей рН слю-

ны больных и здоровых лиц достоверна. У больных дерматозами с патологией пищеварительной системы и без таковой разницы рН слюны не выявлено.

Следовательно, доказано, что рН слюны больных дерматозами ниже, чем у здоровых лиц, что требует продолжения исследования этого вопроса. Полученные данные могут учитываться при разработке протоколов лечения.

Я.Е. ДМИТРИЕВА
АНАЛИЗ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
РАБОТНИКОВ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 3

Научный руководитель — А.С. Урбанский
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Неблагополучие экологической обстановки в крупных промышленных центрах во многом определяет характер и распространенность кожных болезней. Их этиология и клинические особенности могут варьировать в широких пределах, в зависимости от географических, социальных и производственных условий.

Цель: выявить дерматологическую патологию работников акушерско-гинекологического отделения и пищеблока ГKB № 3.

Задачи: провести медосмотр работников акушерско-гинекологического отделения и пищеблока; выявить дерматологическую патологию среди осматриваемых работников и оценить результаты анкет; сравнить полученные данные; обозначить факторы, способствующие развитию выявленной патологии. Анкеты были составлены нами и включали ряд вопросов, касающихся возрастных, социальных, анамнестических, профессиональных данных.

Всего было осмотрено 221 человек, из них 100 — работники акушерско-гинекологического отделения (I-я группа) и 121 — работники пищеблока (II-я группа). Женщины составляли 96 %, возраст — 28-48 лет.

Полученные данные позволяют говорить о том, что в I-й группе дерматозы встречались ча-

ще, чем во II-й. Преобладание аллергодерматозов в I-й группе можно объяснить частыми контактами с химическими веществами, такими как лекарственные препараты, дезинфицирующие средства, непостоянное использование индивидуальных средств защиты кожных покровов, и, как следствие, разрушение кислотно-липидной мантии кожи и развитие сенсibilизации, в том числе и на латекс (медицинские перчатки).

У работников пищеблока клинически чаще встречались микозы стоп, онихомикозы, что связано с рядом факторов (возрастное изменение иммунной и нейроэндокринной систем, старение кожи, наличие сопутствующих инфекционных и хронических заболеваний, снижение реактивности организма и изменение химизма пота). Кроме того, здесь играют роль и производственные факторы: повышенные температура и влажность воздуха, непостоянное соблюдение санитарно-гигиенических условий труда.

Таким образом, регулярное проведение медосмотров помогает определить структуру дерматологической патологии, в том числе инфекционной природы, своевременно оказать квалифицированную помощь и, тем самым, предотвратить развитие осложнений.

Я.Е. ДМИТРИЕВА
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ ВСАСЫВАНИЯ ПАПАВЕРИНОВОЙ
ЭМУЛЬСИИ ЛИПОСОМ В КОЖУ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Научный руководитель — А.С. Урбанский
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Разработка методов местной терапии дерматозов является актуальной научной проблемой.

Целью исследования являлось изучение времени всасывания и переносимости 2 % папавериновой эмульсии липосом у больных псо-

риазом — дерматозом, чувствительным к действию ингибиторов фосфодиэстеразы. Использовали 2 % эмульсию липосом папаверина гидрохлорида — ингибитора фосфодиэстеразы, который, повышая уровень цАМФ, ингибирует митозы на стадии G2 клеточного цикла, оказывает действие на псориазные высыпания.

Под наблюдением находились 5 больных псориазом (2 женщины и трое мужчин), в возрасте от 18 до 45 лет. Псориазом вульгарным страдал один человек, эксудативным — 4 больных. Длительность заболевания составляла от 1 до 13 лет. У каждого второго больного имелись сопутствующие заболевания пищеварительной системы: хронический гастрит, холецистит, дисбактериоз. В процессе наблюдения пациенты получали общепринятое лечение в минимально необходимом объеме.

Эмульсию липосом папаверина наносили на псориазные бляшки размером 2 × 2 см на конечности. Здоровым лицам эмульсию наносили на участок кожи размером 2 × 2 см сгибательной поверхности средней трети предплечья.

Результативность процедуры определялась по времени исчезновения эмульсии (прекращения прилипания к стеклянной палочке в момент касания) на поверхности кожи. Учитывалось мнение больных об ощущениях на коже в месте нанесения эмульсии.

Показатель всасывания эмульсии составил у больных псориазом 1 мин. 78 сек. ± 0,17 сек., у здоровых лиц — 2 мин. 38 сек. ± 0,03 сек. (P < 0,05). Переносимость процедур была удовлетворительной, побочное действие не отмечалось.

Следовательно, определено время всасывания эмульсии липосом в псориазные бляшки, которое оказалось короче времени всасывания эмульсии в кожу здоровых.

Т.В.КАМИНСКАЯ, Я.Е. РЕШЕТНИКОВА МИКОЗЫ СТОП У ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ И ОБСЛУЖИВАЮЩЕГО ИХ ПЕРСОНАЛА

Научный руководитель — Е.П. Пирогова

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Нами проведен анализ заболеваемости микозами стоп и кистей среди жителей домов инвалидов и престарелых и обслуживающего их персонала, чья профессиональная деятельность предусматривала уход за пожилыми людьми и инвалидами.

Мы провели медицинский осмотр и обследование 104 человек старше 50 лет и 46 человек обслуживающего персонала (медицинские сестры, прачки, уборщицы, посудомойки, санитарки) Кемеровского территориального центра дома инвалидов и престарелых. При обследовании обращали внимание на заболеваемость микозами стоп и кистей, вызванных дерматофитами.

В возрасте старше 50 лет микоз стоп и кистей клинически обнаружен у 87 %, подтвержден лабораторно — у 68 % обследованных, причем чаще болели женщины (в 1,23 раза). Давность заболевания от 10 до 20 лет была у 36 % и выше 20 лет — у 23 % заболевших. Не могли уточнить длительность заболевания 41 % обследованных. Не испытывали каких-либо неудобств от изменений кожи и ногтей 32 % больных в возрасте после 50 лет, так как связывали их с возрастом. Многие узнали о своем заболевании при прохождении медицинского осмотра.

Среди работников обслуживающего персонала домов ветеранов и инвалидов микоз встречался у 48 %, из них у 15 % — микоз кистей, 28 % — тотальный онихомироз. Возраст сотрудников был от 16 до 45 лет. Такой показатель пораженности связан с условиями труда, так как работа связана с контактом с предметами, содержащими большое количество кожных и ногтевых чешуек, содержащих жизнеспособный мицелий гриба, которые остаются на полу, одежде и обуви; стиркой белья и уборкой помещений; обработкой ногтей и кожи стоп больных людей. В этой группе осмотренных только 11 % волновались по поводу состояния ногтей.

Высокую распространенность микозов стоп можно объяснить тем, что жители интерната и обслуживающий персонал часто ходят босиком и пользуются обезличенной обувью.

Таким образом, у жителей дома престарелых и инвалидов и обслуживающего их персонала высокий уровень заболеваемости микозами стоп (68 % и 48 %), что связано с несоблюдением санитарно-гигиенических норм, отсутствием профилактических мероприятий и своевременного лечения.

Т.В. КАМИНСКАЯ, Е.А. ПАСЬКО
 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИКОЗАМИ СТОП СРЕДИ
 РАБОТНИКОВ ШАХТ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель — Е.П. Пирогова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

По данным ВОЗ, 1/3 населения земли страдает грибковыми заболеваниями, из которых самыми частыми являются микозы стоп. Главным фактором, определяющим распространенность микоза стоп, является санитарно-гигиеническое состояние бытовых помещений, беспорядочное пользование обезличенной, недезинфицированной обувью и одеждой. Микозы стоп чаще выявляют среди работающих на шахтах, промышленных и химических предприятиях.

Кузбасс является одним из крупнейших промышленных районов страны. Здесь представлены разнообразные отрасли производства с преобладанием угледобывающей промышленности. Все это накладывает свой отпечаток на краевые особенности микозов стоп. Наиболее полные сведения об истинной заболеваемости микозами стоп среди работников шахт могут быть получены при проведении медицинских осмотров. Для решения данного вопроса нами был проведен медицинский осмотр и обследование 1952 работников трех шахт («Грамотейинское шахтоуправление», г. Белово; «Ленинск-Кузнецкое шахтоуправление», г. Ленинск-Кузнецкий; Дочерняя Холдинговая Компания «Кузбассразрезуголь» открытое акционерное общество «Разрез Моховский», г. Ленинск-Кузнецкий). Изучали заболе-

ваемость микозами стоп, вызванных дерматофитами.

При осмотре обращали внимание на наличие или отсутствие клинических проявлений на коже, состояние ногтей. При подозрении на грибковое поражение проводили микроскопическое и культуральное исследование патологического материала. Клинические проявления микоза стоп обнаружены у 38 % осмотренных, причем 98 % из них имели онихомикоз. Диагноз подтвержден лабораторными исследованиями у 51,8 % лиц с клиническим диагнозом микоза стоп, что составило 14,7 % от осмотренных работников шахт. Причиной заболевания стал *Trichophyton rubrum*. Пораженность составила $146,95 \pm 9,85$ на 1000 обследованных рабочих данной профессии.

Самая высокая заболеваемость зарегистрирована у подземных электрослесарей — $241,38 \pm 28,09$ на 1000, горнорабочих очистного забоя — $182,93 \pm 30,19$ на 1000, проходчиков — $164,38 \pm 30,67$ на 1000.

Для решения данной проблемы в Кемеровской области основные силы и средства должны быть сосредоточены на профилактике микозов стоп в группах подземных рабочих шахт, что позволит сократить численность источников инфекции и уменьшить заболеваемость.

А.Н. НЕСТЕРОВА, М.Б. МАРУЕВ, М.В. ЛОБАНОВА
 ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

Научный руководитель — А.С. Урбанский
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 МУЗ ГКВД, специализированная больница № 4, г. Кемерово*

Всем специалистам известно, что сифилис периодически принимает характер эпидемии и продолжает оставаться одной из серьезных проблем здравоохранения.

Цель: повысить качество работы врачей путем уменьшения ошибок в диагностике сифилиса.

Задачи: провести анализ врачебных ошибок, с выделением причин; провести ранжирование по специалистам; сравнить данные литературы с данными МУЗ ГКВД; разработать дополнительные, научно-обоснованные, мероприятия по повышению качества работы врача.

Материалом и методами служили выкопировка врачебных ошибок из литературных источников за 20-ти летний период времени, данные врачебных ошибок МУЗ ГКВД г. Кемерово за период 1998-2001 гг. (75 случаев).

Научная новизна: полученные результаты свидетельствуют о том, что ошибки в диагностике сифилиса совершают разные специалисты: хирурги — в 9,3 % случаев; акушеры-гинекологи — в 5,3 %; терапевты — в 5,3 % случаев; урологи — в 4 %; дерматовенерологи — в 2,6 %; ЛОР-врачи и невропатологи — в 1,3 % случаев.

Впервые установлено, что количество и причины врачебных ошибок в диагностике сифилиса, совершенных разными специалистами, за 20-ти летний период времени, статистически не отличаются от данных МУЗ ГКВД ($P < 0,05$) и являются однотипными: несоблюдение методики осмотра больного; недостаточное знание клинических особенностей течения сифилиса; отсутствие алгоритмов диагностики; несвоевременное исследование серологических реакций крови на сифилис.

В качестве научно-обоснованных мероприятий, направленных на повышение качества работы врача, необходимо: строго соблюдать методичность, последовательность намеченной программы поиска при обследовании пациента; оце-

нивать клинические и параклинические исследования во взаимосвязи; знакомить врачей с клиникой и современной диагностикой сифилиса; в каждом случае реконструировать всю картину заболевания, с обязательной оценкой и учетом исключений и отклонений в развитии тех или иных симптомов; разбирать и обсуждать совершенные ошибки с аргументацией не только личного и коллективного опыта, но данных современной науки.

Закключение. Повышение качества работы врача и уменьшение числа допускаемых врачебных ошибок остается важной, трудной задачей, решение которой возможно лишь на основе совместных усилий научных и практических коллективов.

И.А. РОМАШКИНА, Е.А. ШЕВЧЕНКО
ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ
СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С НЕ УСТАНОВЛЕННЫМИ
И УСТАНОВЛЕННЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ

Научный руководитель — А.С. Урбанский
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ ГКВД специализированная больница № 4, г. Кемерово*

Выявление источников заражения у больных, страдающих сифилисом, занимает важное место в комплексе мер борьбы с данной патологией. В г. Кемерово заболеваемость сифилисом составляет 198,0 на 100 тысяч населения, что превышает цифры в целом по стране. Качественный показатель активного выявления больных сифилисом составляет 75,8 %. Полнота обследования контактных лиц в городе — 57 %. В связи с этим, основная интересующая нас группа больных с не установленным источником заражения составила 100 человек. В контрольную группу входили больные сифилисом с установленными источниками (100 чел.).

Полученные данные свидетельствуют, что, чем моложе пациент, тем в меньшем числе случаев удается выявить источник его заражения, особенно среди женщин (68 %). У больных с яркой клинической симптоматикой первичного и вторичного периодов сифилиса, источники устанавливались чаще (14 %), нежели у больных со скрытым течением (8 %).

Основная масса исследуемых имела среднее образование, в I-й группе — 54 %, во II-й группе — 51 %. В обеих группах преобладали не работающие, в основном, женщины. Среди учащейся

молодежи во II-й группе число больных составило 16 %, а в I-й группе — 10 %, соотношение мужчин и женщин, соответственно, 27,7 % / 72,3 % и 30 % / 70 % ($P < 0,05$), преобладали школьники и учащиеся ПТУ.

Ранее уже получали лечение по поводу ИППП 17 % больных I-й группы. В группе с установленными источниками — 11 %. В группе с установленными источниками дебют половой жизни приходился на 13-15 лет, а в группе с не установленными источниками — на возраст 10-12 лет. Среди вредных привычек у больных сифилисом преобладали курение и употребление алкогольных напитков (59 % — I-я группа; 61 % — II-я группа). Лица, вводившие наркотики путем инъекций, составили 7 % и все входили в исследуемую группу.

Безусловно, среди больных имеются те лица, кто, при определенном умении врача, могут дать более достоверную, объективную информацию о предполагаемом источнике заражения. Поэтому врачи должны акцентировать свое внимание не только на лечении данных больных, но и на совершенствовании методов психологической работы, зная и опираясь на выше приведенные данные.

В.Ю. КАЗАНЦЕВА, Л.П. БЕЛКОВА, В.Н. МАЛЬЦЕВ
 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У ДЛИТЕЛЬНО
 РАБОТАЮЩИХ С НАДПороГОВЫМИ ДОЗАМИ ХЛОРА

Научный руководитель – В.Х. Юзмеев
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 Городской клинический диагностический центр, г. Кемерово*

Обладая выраженным общетоксическим действием, хлор, даже в надпороговых концентрациях, при длительном его действии на организм, очевидно, способен вызывать жировую дистрофию печени. Этот вопрос в литературе не изучался. На протяжении 5-14 лет изучалось состояние печени у 77 лиц (средний возраст – 40 лет), длительное время контактировавших с надпороговыми дозами хлора (ПДК превышала норму в 1,5-5,0 раз).

Изучение печени начиналось с момента поступления этих лиц на работу в «хлорные» цеха, во время их прохождения медицинской комиссии. По данным сонографии печени, патология на тот период времени не выявлялась. Дальнейшее исследование печени с использованием УЗИ проводилось во время периодических осмотров.

У 19,4 % обследованных через 5 лет работы с хлором была выявлена потеря нормальной структуры печени с появлением повышенной эхогенности печеночной паренхимы на всем про-

тяжении ультразвукового поля, вблизи от сканирующего датчика, отсутствие четкой визуализации сосудистых структур и глубоких слоев паренхимы.

В последующие 2-3 года, дополнительно у 14 % обследованных, на фоне нормальной эхоструктуры печени, стали выявляться отдельные гиперэхогенные образования. В дальнейшем число лиц с вышеперечисленными изменениями нарастало, и через 12 лет число лиц с вышеописанной патологией достигло 43 %. Компьютерная томография печени, проведенная всем этим лицам, выявила снижение плотности по Хаунсфилду на 72 (н) от нормы. Это указывало на наличие у них диффузной или очаговой форм жирового гепатоза, что было подтверждено и тонкоигольной биопсией, которая проводилась у части больных.

Таким образом, у лиц, длительно контактирующих с надпороговыми дозами хлора, возможно развитие жирового гепатоза.

В.Ю. КАЗАНЦЕВА, Н.А. ЛУПАЧЕВА
 ЛУЧЕВОЙ АЛГОРИТМ ПОИСКА И ВЕРИФИКАЦИИ
 РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕПАТОЗА У ДЛИТЕЛЬНО РАБОТАЮЩИХ
 С НАДПороГОВЫМИ ДОЗАМИ ХЛОРА

Научный руководитель – В.Х. Юзмеев
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 Городской клинический диагностический центр, г. Кемерово*

При длительном надпороговом воздействии хлора на организм (превышающем ПДК в воздухе рабочих зон в 1,5-5 раз), у работающих (по данным авторов) возможно развитие распространенной или локальной форм жировой дистрофии печени. Для своевременного выявления этой патологии был разработан алгоритм поиска и верификации различных форм гепатоза.

Первый этап включает в себя данные ультразвукового исследования печени, проводимого у лиц, поступающих на работу в «хлорные» цеха. Это позволяет не допустить до работы с хлором лиц, которые имеют патологию со стороны печени.

Второй этап обследования включает в себя использование ультразвукового исследования во

время проведения периодических медосмотров, что регламентируется приказами МЗ РФ. Использование сонографии печени следует назначать лицам, которые проработали в «хлорных» цехах более 5 лет. При этом учитываются данные клинического и лабораторного исследований, полученные при проведении предыдущих профосмотров.

При выявлении на УЗИ очагового или распространенного поражения паренхимы печени, рекомендуется проводить третий этап в виде КТ печени, с использованием денситометрии, по показаниям – контрастное усиление печени, пункционную ультразвуковую биопсию.

Опыт использования вышеописанного алгоритма показывает, что до 85 % первичных диагнозов уста-

навливаются с помощью лучевых методов диагностики на втором этапе диагностического алгоритма.

Г.Л. КУЗНЕЦОВ
 ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
 С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫМ КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ
 В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Научный руководитель – В.Г. Лубянский
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Из неинвазивных методов инструментальной диагностики, компьютерная томография (КТ) является единственным методом визуализации, позволяющим получить четкое детализированное изображение поджелудочной железы (ПЖ). Однако необходимо отметить, что иногда, даже при интерпретации качественных томограмм, могут возникнуть трудности, связанные, например, с недостаточным развитием парапанкреатической жировой клетчатки, что затрудняет дифференцировку контуров поджелудочной железы. Поэтому в клинической практике, с целью более четкой визуализации поджелудочной железы, применяется метод контрастного усиления, суть которого заключается во внутривенном введении контрастного вещества (100-120 мл) перед проведением КТ. В нашей клинике большинству больных с панкреонекрозом производится катетеризация чревного ствола для проведения длительной регионарной внутриартериальной инфузии лекарственных препаратов. Это дало нам возможность при проведении КТ осуществлять селективное контрастирование бассейна чревного ствола, являющегося основным источником кровоснабжения ПЖ. Сканирование ПЖ проводится с одновременным болюсным введением контраста (урографин, омнипак) во внутриартериальный

катетер, в количестве 10 мл. Последующие сканы выполняются на тех же срезах через 30 секунд и 2 минуты. Первый и второй снимки позволяют оценить характер кровообращения в ПЖ, выявить степень и характер перфузии ткани, а также неперфузируемые очаги поражения. Отсроченный снимок (через две минуты после введения контраста) позволяет определить участки депонирования контраста. С применением данной методики обследовано 20 больных, причем 14 пациентов дважды – в начале и в конце курса внутриартериальной инфузии.

Таким образом, применение метода позволяет достигнуть более высокой концентрации контрастного вещества, что, в свою очередь, дает возможность повысить четкость визуализации структур и очагов поражения поджелудочной железы и парапанкреатического пространства. КТ поджелудочной железы с внутриартериальным контрастным усилением является методом точной топической диагностики патологических образований, позволяет применить миниинвазивные хирургические технологии, направленные на ликвидацию очага поражения. Кроме того, данный метод позволяет в динамике оценить эффективность лекарственной терапии, отражая изменения в состоянии кровообращения поджелудочной железы.

Г.Л. КУЗНЕЦОВ
 РЕГИОНАРНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ
 В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Научный руководитель – В.Г. Лубянский
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Проанализирован опыт лечения 152 больных с панкреонекрозом (ПН). У 51 из них в комплексном лечении применена методика регионарной внутриартериальной инфузии. Инфузия осуществлялась в чревной ствол на протяжении 5-9 суток, состав инфузата

определялся двумя факторами – инфицированность панкреонекроза и состояние регионарного кровообращения (наличие «перфузионного блока»). В случаях инфицированного ПН в инфузат включались антибиотики в дозах и комбинациях, подавляющих наиболее часто встречающуюся



ся микрофлору. При стерильных формах ПН применяли один антибиотик, с целью профилактики гнойных осложнений. При наличии перфузионного блока в инфузате преобладали антикоагулянты, дезагреганты и спазмолитики, целью которых было раскрытие русла, снятие ишемии ткани и открытие доступа для последующего введения ингибиторов секреции и антибиотиков. В случаях с сохраненной перфузией ткани ПЖ назначение антитромботических препаратов в малых дозах преследовало цель профилактики локального тромбообразования.

Сравнение результатов лечения больных, получавших инфузию с остальными, позволяет высказать предположение, что наличие «перфузионного блока» играет существенную роль в течении заболевания, обуславливая формирование очагов некроза, распространение инфекционно-воспалительного процесса на забрюшинную клетчатку. Применение внутриартериальной инфузии

позволило снизить частоту гнойных осложнений, по сравнению с контрольной группой, на 23,5 %. Благодаря этому, удалось также снизить число повторных и первичных «открытых» операций. Умерло 6 больных, с летальностью 11,8 %. Летальность в группе сравнения составила 36,5 %. Осложнений, связанных с применением метода, нами не отмечено.

Таким образом, применение внутриартериальной инфузии препятствует инфицированию некротизированных тканей, благодаря восстановлению кровообращения, обеспечению достаточных концентраций антибиотиков и уровня репаративных процессов по периферии очага поражения. По нашему мнению, данное обстоятельство способствует ограничению патологического процесса, с формированием постнекротических кист. Этот факт является благоприятным для последующего оперативного лечения и, в ряде случаев, позволяет применить только малоинвазивные методы.

Г.Г. ЛИСАЧЕНКО, Э.Г. КОШЕЛЕВ, Л.Г. МАЛИКОВА
РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
ИЗМЕНЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ,
ИМЕВШИХ ДЛИТЕЛЬНОЕ НАДПороГОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ
НЕКОТОРЫХ ВЕЩЕСТВ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

Научный руководитель – В.Х. Юзмеев

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

При технологическом производстве соляной и азотной кислот возможно длительное сочетанное воздействие их производных (хлора и аммиака) на бронхолегочную систему, как в пороговых, так и в надпороговых концентрациях. Можно предположить, что это сочетанное действие паров вышеперечисленных веществ может оказывать наиболее неблагоприятное воздействие на дыхательные пути.

С момента поступления и на протяжении всего времени работы (2-18 лет) изучались рентгенологические и рентгенофункциональные изменения бронхолегочной системы, как у лиц, которые контактировали только с одним веществом (хлор, аммиак), так и в сочетании друг с другом. Все исследуемые лица, в количестве 611 человек, были разделены на три группы. В первую группу вошли лица, работающие с хлором, во вторую – только с аммиаком, в третью – с хлором и с аммиаком.

Лучевое исследование бронхолегочной системы включало в себя телерентгенографию легких, рентгенопневмополиграфию, по показаниям, КТ легких, в том числе и функциональную бронхог-

рафию. Верификация полученных данных проводилась при помощи бронхобиопсии, оперативными и секционными наблюдениями.

Было выявлено, что у лиц I-й и III-й групп рентгеноморфологические изменения, в виде усиления теней корней легких, усиления и деформации легочного рисунка, выявлялись через 5-6 лет после начала контакта с вредными веществами. Наибольшей выраженности эти изменения достигали через 12-14 лет. У лиц II-й группы на протяжении всего времени наблюдения число вышеописанных изменений было в три раза меньше. Рентгенофункциональные изменения, которые изучались, при рентгенопневмополиграфии у лиц I-й группы выявили распространенные нарушения легочной вентиляции, протекавшие по эмфизематозному или смешанному типу, которые начинали наблюдаться через 4-5 лет, у лиц II-й группы – через 12 лет. Нарушения легочной вентиляции в этой группе были локальными. У лиц III-й группы нарушения легочной вентиляции начинали выявляться через 3-5 лет после начала контакта с аммиаком и хлором. Они проявлялись выраженным нарушением легочной вентиляции,

с исключением из акта дыхания целых отделов легких.

Таким образом, при сочетанном контакте с вредными веществами раздражающего дей-

ствия, даже в надпороговых концентрациях, рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения более выражены и возникают раньше.

С.Ю. СКУТИНА, Г.П. КОШЕЛЕВ
ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ
ЗА БОЛЬНЫМИ С Фолликулярной Аденомой
Щитовидной Железы, длительно контактирующих
С НАДПороговыми Дозами Хлора

Научный руководитель — А.П. Колотков
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический госпиталь ветеранов войн, г. Кемерово*

На протяжении 2-14 лет с момента выявления фолликулярной аденомы щитовидной железы (ФАЩЖ), при помощи клинических, лабораторных и лучевых методов, изучалось ее состояние у 31 женщины, средний возраст которых составлял 35 лет, стаж работы с надпороговыми дозами хлора (ПДК превышало норму в 1,5-5 раз) — 9 лет. Все случаи ФАЩЖ выявлены во время ежегодных медосмотров.

Верификация полученных данных проводилась при помощи тонкоигольной биопсии, а в дальнейшем — оперативными наблюдениями. На момент установления диагноза при проведении сонограммы, ФАЩЖ у 79 % лиц определялась как округлое образование достаточно правильной формы, с пониженной эхогенностью и неоднородностью структуры. Контуры ее были достаточно ровными. У 21 % больных выявлялся пониженной эхогенности ободок вокруг, за счет отека тиреоидной ткани. На сцинтиграмме определялся «холодный» очаг.

Размеры ФАЩЖ на момент установления диагноза равнялись 1,2 см.

При проведении ежегодной диспансеризации с использованием УЗИ ЩЖ, у 47 % больных через 2 года отмечалось удвоение размеров аденомы. Эхоструктура ее в этот период времени стала неоднородная, с нечеткими контурами, без эхонегативного ободка. Гистологическое исследование выявило фолликулярные раковые узлы до 0,3-0,5 см в диаметре, не выходящие за контуры аденомы. У остальных больных удвоение узла наблюдалось через 5-6 лет диспансерного наблюдения. На сонограммах, кроме увеличения размеров, эхогенность не изменялась. В этом случае гистологическая картина после операции подтверждала наличие очаговой гиперплазии тиреоидной ткани.

Таким образом, динамическое ультразвуковое исследование способствует своевременному выявлению признаков озлокачествления аденомы ЩЖ.

С.Ю. СКУТИНА, Г.П. КОШЕЛЕВ
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ
Щитовидной Железы у длительно работающих
С НАДПороговыми Дозами Хлора

Научный руководитель — А.П. Колотков
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический госпиталь ветеранов войн, г. Кемерово*

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются наиболее частой эндокринной патологией, и их диагностика подробно описана в литературе. Однако неблагоприятные условия труда (длительный надпороговый контакт с вредными ве-

ществами, в частности с хлором) способствуют более раннему возникновению и росту числа заболеваний ЩЖ. Этот вопрос в литературе не изучался.

С момента поступления на работу и на протяжении 2-14 лет, во время периодических медос-



мотров, проводилось исследование функции ЩЖ у 373 человек, работающих с надпороговыми дозами хлора, концентрация которого превышала ПДК в 1,5-5 раз (основная группа), и у 169 человек того же предприятия, не имевших контакта с вредными веществами (контрольная группа). В качестве нормы дополнительно были взяты данные 100 практически здоровых людей из контрольной группы. Общий стаж работы, пол, возраст на момент поступления на работу в основной и контрольной группах существенно не отличались друг от друга.

В основу диагностики заболеваний ЩЖ относились сбор семейного и собственного анамнеза, осмотр и пальпация области шеи, наличие жалоб, проведение сонографии, сцинтиграфии,

КТ, МРТ, тонкой игольной пункции ЩЖ, определение базального (нестимулированного) тиреотропного гормона (ТТГ), свободной концентрации трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4).

В основной группе увеличение размеров железы (диффузный зоб) выявлено у 58 % обследуемых, в контрольной – у 20 %; приобретенный гипотиреоз – в 4 и 2 %, соответственно; гипертиреоз – в 12 и 5 %, тиреоидит – в 1 и 0,5 %; злокачественные опухоли – в 4 и 0,2 % случаев.

Таким образом, своевременному выявлению заболеваний ЩЖ способствует комплекс клинических, лабораторных и лучевых методов исследования. У лиц, имеющих длительный контакт с хлором, показатели заболеваемости ЩЖ значительно выше, чем в контрольной группе.



Е.В. БРОЗДОВСКАЯ
ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПЕДАГОГА

Научный руководитель – Н.А. Литвинова
Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Наиболее сложной формой умственного труда является труд педагога. Он характеризуется определенными требованиями к развитию основных свойств нервной системы, высокими мыслительными нагрузками, значительной функциональной реактивностью, гипокинезией. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о формирующемся социальном и функциональном напряжении и психофизиологическом утомлении учителей.

В связи с этим, крайне необходима разработка способов и методов комплексной оценки функциональных зависимостей, существующих между профессиональной деятельностью педагога и параметрами его психического и физического здоровья.

Проведенное обследование педагогов Вуза в возрасте от 23 до 75 лет показало, что научно-педагогический труд вызывает наибольшую дезадаптацию в психоэмоциональной сфере, проявляющуюся в повышении уровня тревожности и нейротизма, в снижении возможности адаптации сердечно-сосудистой системы.

Данные, полученные с помощью таких методов, как оценка биологического возраста, уровня тревожности, личностных особенностей (опросник ММРІ), нейродинамических показателей (уровень функциональной подвижности нервных процессов, работоспособность головного мозга и уравновешенность нервных процессов), свидетельствует о том, что около 90 % молодых педагогов (32-39 лет) имеют неудовлетворительную адаптацию по степени напряжения механизмов вегетативной регуляции.

Установлено, что в группе педагогов со стажем 10 лет, биологический возраст превышает календарный, в среднем, на 8 лет, у 77 % из них отмечается депрессия и высокий уровень реактивной и личностной тревожности.

После обследования эта группа прошла реабилитацию в кабинете психоразгрузки в течение 3 недель. Группа коррекции составила 38 человек и у всех значительно снизились показатели тревожности, депрессии, уменьшились тормозные процессы в ЦНС и понизился биологический (функциональный) возраст на 3-4 года.

А.С. БУЗМАКОВА
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ КЛЕЩЕВЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ

Научный руководитель – А.В. Коваленко
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Кемеровская и Томская области представляют собой основные очаги клещевых нейроинфекций в России. Ежегодно здесь отмечает присасывание клещей большое количество населения, что приводит к инфицированию и заболеванию лиц трудоспособного возраста. Интерес представляет выявление региональных клинико-эпидемиологических особенностей клещевых нейроинфекций, к которым относятся клещевой энцефалит (КЭ), иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) и mixt-инфекции (КЭ и ИКБ).

Выявлено, что среди больных КЭ преобладают лица в возрасте 20-39 лет (33,3 % – по Томской области, 35,9 % – по Кемеровской области), в то время как при ИКБ лица старше 40 лет составили 57,5 % и 68 %, соответственно. При этом средний возраст больных ИКБ в Кемеровской области был равен 46,5 годам. Чаще

всего болеют мужчины: при КЭ в Томской области – 69,4 %, в Кемеровской – 64,1 %; при ИКБ – 56 % и 63,4 %, соответственно.

Принципиальной разницы в течении инкубационного периода при анализе клещевых нейроинфекций среди заболевших не было. Однако несколько больше больных ИКБ указывали на инкубационный период до 3-х дней (21,8 % – в Томской области и 30 % – в Кемеровской), в то время как при КЭ этот срок отмечали реже (18,2 % и 20,8 %, соответственно). Инкубационный период у больных КЭ оказался весьма вариabельным и продолжался, в среднем, в Томской и Кемеровской областях – 10,2 суток. При этом, при лихорадочных формах он составил 9,4 и 10,9 суток, при очаговых формах – 9,0 и 9,6 суток, соответственно. Выявлены значительные различия в продолжительности инкубационного пери-

ода при менингеальной форме: 15,3 суток в Томской области и 8,6 в Кемеровской области.

Анализ клинических форм КЭ выявил следующие особенности: в Томской области лихорадочные и стертые формы в значительной степени преобладают, составляя 89 %, в то время как в Кемеровской области этот показатель равен 65 %. В то же время, более тяжелые менингеальные и очаговые формы в Томской области встречаются гораздо реже (8 % и 3 %, соответственно), по сравнению с Кемеровской (8 % и 20,5 %). Таким образом, лихорадочные формы в Томской области встречаются в 1,4 раза чаще по сравнению с Кемеровской областью, а менингеальные и очаговые – реже в 2,5 и 4,8 раз, соответственно.

Исследование особенностей клинических проявлений КЭ острого периода показало, что главным ведущим симптомом у большинства больных была лихорадка, которую отмечали 83,27 % больных в Томской области и 100 % – в Кемеровской. Выявлено, что продолжительность лихорадки при КЭ у большинства больных в Томской области составила от 11 до 14 суток (62,19 %), в то время как в Кемеровской области 86,1 % больных отмечали лихорадочный период до 10 суток. И в Томской, и в Кемеровской областях минимальное количество больных отмечали лихорадку от 15 до 20 суток (2,4 % и 5,2 %, соответственно) и более 20 суток (1,98 % и 0,87 %, соответственно). У большинства больных (77,6 %) в Томской области гипертермическая реакция была в пределах 37,1–38,9°C, и лишь у 5,7 % – более 39°C, в то время как в Кемеровской области гипертермию более 39°C отмечали более половины больных (53,04 %).

Что касается ИКБ, было выявлено преобладание эритемных форм, в большей степени в Кемеровской области (51 %), чем в Томской (35,8 %). Кроме того, в Томской области больные с mixed-инфекциями составили 39,6 %, в то время как в Кемеровской области – 12,5 %, что, возможно, указывает на дефекты диагностики безэритемных форм ИКБ и mixed-инфекций в Кемеровской области.

Таким образом, разницы возраста и пола заболевших КЭ и ИКБ между Кемеровской и Томской областями выявлено не было. В Кемеровской области отмечалось более тяжелое течение КЭ за счет менингеальных и очаговых форм, которые встречались здесь в 2,5 раза чаще, чем в Томской области. Оказалось, что инкубационный период при менингеальной форме КЭ в Томской области длился в 1,7 раз дольше, чем в Кемеровской, кроме того, средняя продолжительность лихорадочного периода при КЭ в Томской области оказалась больше, чем в Кемеровской, также у большинства этих больных лихорадка не превышала 39°C, в то время как больше половины больных КЭ в Кемеровской области отмечали гипертермию более 39°C. Более тяжелое течение КЭ в Кемеровской области, возможно, связано с дефектами проведения профилактических мероприятий (ограниченность вакцинации, иммунопрофилактики), кроме того, Кемеровская область расположена южнее Томской, что определяет более благоприятные климатические условия для обитания клещей, что непосредственно влияет на их численность и длительность активного периода.

О.А. ГИЛЕВА
ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА
ИНСУЛЬТА В КЕМЕРОВЕ

Научный руководитель – А.В. Коваленко
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проблема инсульта остается крайне актуальной в настоящее время, в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом смертности и инвалидизации больных.

Нами проведено исследование эпидемиологии инсульта, на основании методики «Регистр инсульта», в Ленинском районе г. Кемерово, с населением 149400 человек (старше 25 лет). Использовались данные ЗАГС и информация всех лечебно-профилактических учреждений города, обслуживающих население данного района. Исследование проводилось с сентября 2001 г. по август 2002 г.

За исследованный период зарегистрировано 397 случаев инсульта. Заболеваемость составила 2,65 на 1000 населения. Из них, 86,5 % составил ишемический инсульт (ИИ). Нетравматических кровоизлияний в мозг зарегистрировано (КМ) 8 %. Субарахноидальных кровоизлияний зарегистрировано (СК) 4 %. Характер инсульта не был уточнен у 1,5 % больных. Заболеваемость при ИИ составила 2,28 на 1000 населения, при КМ – 0,25 на 1000 населения, при СК – 0,08 на 1000 населения, при неуточненном характере инсульта – 0,04. Среди больных инсультом женщины составили 57,9 %, мужчины – 42,1 %.

Из наиболее распространенных факторов риска отмечены: артериальная гипертензия (92,9 %), заболевания органов дыхания (33,8 %), аритмии (31,2 %), гиперхолестеринемия (27,3 %), сахарный диабет (14,3 %), курение (12,3 %), алкоголизм (7,1 %). Более половины больных (78,3 %) до развития инсульта не получали никакого лечения. Остальные пациенты (21,7 %) принимали медикаменты (антигипертензивные, метаболические препараты, антиагреганты).

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в Кемерове по инсульту связана с высокой

распространенностью АГ, заболеваний сердца, нерациональным питанием населения, климато-географическими особенностями (главным образом, продолжительным зимним периодом, с низкой температурой воздуха).

Первичная профилактика инсульта, несмотря на наличие разработанных профилактических направлений ОНМК, проводится в недостаточном объеме (дефекты в работе диспансеризации, отсутствие стратегии здорового образа жизни у населения и разработанных профилактических программ страховой медицины).

А.В. ДЕМЕНТЬЕВ, Ф.Б. МАТВЕЕВ, А.В. БЕЗДЕНЕЖНЫХ, Т.В. ДЕМЕНТЬЕВА К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Научный руководитель — А.В. Субботин

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В комплексе традиционной специфической терапии клещевого энцефалита (КЭ) различные авторы предлагали использовать разнообразные иммунные средства (РНК-аза, интерферон, препараты тимуса, кортикостероиды), но сравнительный анализ эффективности этих методов не проводился, при тяжелых формах течения КЭ результаты использования не могут быть признаны удовлетворительными. Адекватный выбор терапии таких больных остается проблемой и в настоящее время.

В данном исследовании приводятся результаты использования малых доз иммуноглобулина человека для лечения тяжелых форм КЭ. Применялся поливалентный лиофилизированный препарат для внутривенных инфузий — сандоглобулин («Sandos», Швейцария), рекомендуемая дозировка препарата 0,3-1,0 г/кг массы тела в сутки, курсом 3-4 дня.

Было пролечено сандоглобулином, на фоне стандартной терапии, 13 пациентов с очаговыми формами КЭ, требующими пребывания в отделении реанимации. Мужчин — 11 человек, женщин — 2. Средний возраст больных 29 лет, масса тела — 60 кг. Сандоглобулин вводился однократно, в дозе

3,0 г — 12 больным и 4,0 г — 1 больному, в среднем, на 7 сутки заболевания. Контрольная группа пациентов — 73 человека, получавших традиционную терапию. По возрастному и половому составу, тяжести состояния опытная и контрольная группа идентичны.

Динамика состояния оценивалась по общемозговой и очаговой симптоматике, длительности лихорадочного периода. Учитывались также длительность ИВЛ и время пребывания на реанимационной койке. Для оценки общемозговой симптоматики использовалась шкала Глазго.

У больных, получавших сандоглобулин, существенно меньше срок проведения ИВЛ и общее время пребывания на реанимационной койке (на 5 дней).

Летальность в группе контроля составила 38,5 % (5 человек), среди больных, получавших сандоглобулин — 7,7 % (1 человек).

Таким образом, сандоглобулин является высокоэффективным средством специфической терапии КЭ, оказывая в малых дозах положительное воздействие при тяжелых формах заболевания.

А.В. ДЕМЕНТЬЕВ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГОВЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗЕ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель — А.В. Субботин

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Рассмотрение в рамках Лайм-боррелиоза (ЛБ) серозных менингитов представляет большой теоретический и практический ин-

терес. Их диагностика в педиатрической практике значительно затруднена и возможна только при иммунологическом обследовании. Наиболее

распространенным проявлением нейроборрелиоза у детей является серозный менингит, составляющий 73 % от общего числа случаев поражения нервной системы при системном клещевом боррелиозе (Субботин А.В., Попонникова Т.В., 2001).

Нами наблюдались 92 ребенка с менингитом боррелиозной этиологии. Соотношение по полу и возрасту представлено в таблице.

Таблица
Распределение больных по полу и возрасту

Пол/возраст	1-3 года	4-6 лет	7-9 лет	10-14 лет	Всего	%
Мальчики	1	8	15	42	66	72,5
Девочки	2	4	5	15	26	27,5
Всего:	3	12	20	57	92	100,0
%	3,3	13,2	22,0	61,5	100,0	

Всем больным проведено иммунологическое обследование на ЛБ и клещевой энцефалит. Заболеванию предшествовал инкубационный период продолжительностью от 1 до 61 дней (в среднем, 12,9). Типичная для ЛБ кольцевидная

мигрирующая эритема ни в одном из 92 случаев не наблюдалась. Заболевание начиналось с астенического синдрома. Температурная реакция в виде умеренной лихорадки наблюдалась у всех больных, на высоте которой у 12 больных (13,2 %) отмечались артралгии и миофасциальные боли.

Общемозговая симптоматика в виде тошноты, рвоты, головной боли, гиперсомнии появлялась на 14-16 день от укуса клеща и продолжалась в течение 10-12 дней. Двухволновое течение ЛБ с синдромом серозного менингита отмечалось в 30 случаях (33 %).

Таким образом, серозный менингит может быть единственным проявлением ЛБ и являться типичным синдромом поражения нервной системы у детей. Отсутствие других характерных для ЛБ клинических проявлений (КМЭ, регионарная лимфоаденопатия, артралгии, миалгии) может значительно затруднять диагностику.

Е.В. ЖИГАЛОВА

ПСИХОТЕРАПИЯ ОЖИРЕНИЯ. ИЗБРАННЫЕ МЕТОДИКИ

Научный руководитель — А.М. Селедцов

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проблема избыточного веса является одной из наиболее актуальных для современного общества. Исследования рынка медицинских препаратов показало, что ежегодные продажи препаратов для похудения в мире составляют 30-40 млрд. долларов США.

Ожирение может возникать, как следствие неврозов, депрессий, проявляющихся аддитивным поведением. Психологической основой ожирения является регрессия к оральной стадии развития, «канализация» нереализованной психической энергии путем удовлетворения пищевой доминанты. Избыточный вес, в свою очередь, может повлечь за собой болезненное отношение к своему «дефекту», возникновение невротических состояний, что приводит к замыканию порочного круга.

В отличие от других методов лечения ожирения, психотерапия дает более стойкий и продолжительный эффект. Наиболее известными методиками в нашей стране являются:

1. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова. Суть методики состоит в

расширении сферы осознаваемого посредством поиска связей между разобщенными в сознании пациента представлениями, перестройка личности на основе положительных внутренних ресурсов.

2. Эмоционально-стрессовая психотерапия Рожнова. В основе метода — понимание саногенного воздействия эмоционального стресса; пересмотр больным своего состояния, отношения к себе на предельно высоком эмоциональном уровне.

3. Суггестивная психотерапия с элементами NLP Пережогина. Поэтапное применение прямой и косвенной суггестии (внушения) — метод вызванных вопросов, встроенные сообщения, терапевтические беседы, иллюзия выбора; рефрейминга — после осознания смысла невротического симптома в процессе диалога, предлагается другой, новый, способ действий; якорения — путем физического воздействия связывание позитивных чувств пациента с новым поведенческим актом, осуществляемым в ответ на сигнал, который раньше вызывал нежелательное поведение.

М.В. ИВАНОВ, И.В. БАРАНОВ
РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС,
ОГРАНИЧИВАЮЩЕЕ ГОДНОСТЬ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

Научные руководители — А.А. Корнилов, В.Г. Иванов
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Юношеский возраст является важным периодом формирования личности молодых людей. Они сталкиваются с особыми социально-психологическими условиями, и, в первую очередь, это касается призыва на военную службу. В связи с этим, изучение психического здоровья призывников и военнослужащих представляет особую актуальность (А.А. Романенко, 1989; Ю.Ф. Литвищенко, 1990; С.Ю. Палатов, 1999). По данным авторов В.В. Куликов с соавт. (1998), рост заболеваемости призывников происходит за счет нервно-психической патологии — на 1,7 %.

Нами было обследовано 87 подростков призывного возраста. У 52 из них были обнаружены непсихотические психические расстройства, вследствие органического поражения головного мозга, что составило 59, 8 % от числа всех обследованных призывников. Анализ этиологических факторов возникновения данной патологии выявил наследственную отягощенность психическими заболеваниями у 8 человек, алкоголизмом — у 19 человек, отягощенную умственную отсталость — у 7 призывников и у 3 человек — близкие родственники покончили жизнь самоубийством. Значительную роль играли приобретенные в разные возрастные периоды ЧМТ (21 случай из 52).

Анализируя клиническую картину резидуально-органического поражения головного мозга у обследованных призывников, выделили следующие синдромы: церебрастенический — 31 случай, соматовегетативный — 20, неврозоподобный — 25, аффективный — 8, интеллектуально-мнестических расстройств — 33, эмоционально-волевых (в том числе, психопатоподобных) — 42 случая, пароксизмальных расстройств — 13, расстройств влечений — 5. В неврологическом статусе у 48 человек была отмечена микросимптоматика резидуального характера.

Проведенное исследование позволило нам в 46 случаях выявить «непсихотические расстройства вследствие органического поражения головного мозга» и, согласно приказу № 315 МО РФ, ограниченную годность к военной службе (ст. 14 «б»), в двух случаях — годность с незначительными ограничениями (ст. 14 «г»), в 4-х случаях рекомендовано повторное обследование через год.

Таким образом, непсихотические психические расстройства у резидуально-органических органиков, по нашим наблюдениям, представлены наиболее частым сочетанием эмоционально-волевых, интеллектуально-мнестических и церебрастенических синдромов, которые существенно влияют на годность к службе в армии.

Н.А. КОЛГАНОВА
РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научные руководители — А.А. Корнилов, Э.С. Вишневская
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Наше исследование касается 23 больных, длительное время наблюдавшихся в психиатрических диспансерах и стационарах с диагнозом: «Органическое заболевание ЦНС с психопатоподобным синдромом, расторможением влечений и недоразвитием интеллекта до степени дебильности». Возраст больных от 14 до 18 лет.

При изучении историй заболевания обследованных больных, в их семейном анамнезе в 26,1 % отмечаются психозы, высокий процент алкоголизма у родителей больных (48 %), причем у половины из них алкоголизм сочетается с олигофренией.

Своевременный правильный диагноз шизофрении с олигофреноподобным состоянием в детском возрасте затрудняется наличием массивных

экзогенных вредностей в анамнезе пациентов (в 69,6 %) и экзогенной неврологической симптоматикой у них (в 82,6 %) — такой, например, как гидроцефалия, церебрастения, судорожные припадки. 30 % больных имели инвалидность второй группы в детстве у невропатологов. У многих пациентов была задержка психического развития. У 40 % пациентов был замедленный дизонтогенез, у 17,3 % — ускоренный дизонтогенез.

В детском возрасте эндогенные симптомы и синдромы проявлялись рудиментарно, поэтому они недооценивались. Сюда относятся расстройства сна, аппетита, веса тела, давление в груди, эпигастрии или голове — это, так называемые, витальные признаки депрессии.

Депрессивная симптоматика в виде сниженной самооценки, тяжести в теле, суточных и сезонных колебаний подавленного настроения, проявлялись еще в дошкольном и младшем школьном возрасте. Однако эти симптомы не выявляются.

Врачи своевременно не диагностируют витальную депрессию, рудиментарный бред, импульсивность, так как все заслоняют бродяжни-

чество, воровство, токсикомания и другие проявления девиантного и делинквентного поведения.

Таким образом, за расстройствами влечений в детско-подростковом возрасте скрываются разные состояния и болезни — органическое заболевание ЦНС, олигофрения в легкой степени, шизофрения, токсикомания.

Л.П. КАЛИНИНА, Н.А. КАЛГАНОВА, Т.И. ШВИЦКАЯ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРИЖИВЛЕНИИ АМПУТИРОВАННЫХ КИСТЕЙ РУК

Научный руководитель — Э.С. Вишневская
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Мы проанализировали три истории болезни пациентов, перенесших приживление ампутированных кистей рук. Двое пациентов лечились в остром отделении психиатрической больницы. Один — в отделении проф. патологии Областной клинической больницы.

К периоду обращения к психиатру операции больным были произведены 2, 5 и 10 лет назад. Лишь один больной владеет рукой, он даже водит автомобиль, хотя периодически во всех конечностях возникают истерические параличи, в теле — ступор. Все трое сейчас являются инвалидами II-III групп, никто из троих не работает на производстве.

Двое пациентов потеряли кисть руки во время работы в шахте, один — отрубил себе руку в состоянии аффекта.

До операции на руке психически здоров был один пациент. Именно у него сейчас рука функционирует. Двое пациентов до операции на руке лечились в психиатрической больнице по поводу шизофрении с вторичным алкоголизмом и по поводу эпилепсии со слабоумием и вторичным алкоголизмом.

По видимому, не следует приживлять ампутированную кисть руки таким пациентам. Большой алкоголизм не может в течение многих месяцев, сотрудничая с врачом, выполнять по плану все рекомендованные реабилитационные мероприятия. Эмоционально-волевые расстройства при алкоголизме, шизофрении, эпилепсии делают задачу реабилитации невыполнимой. Приживленные кисти рук у больных не действуют, так как возникли контрактуры, мышечные атрофии, невриты, болевой синдром.

Наше сообщение имеет цель обратить внимание на психическое состояние пациентов в период времени до ампутации руки.

Все трое больных в настоящее время похожи тем, что у них сформировался психоорганический синдром. У одного больного эйфорический психосиндром граничил с апатическим. У двоих больных эйфорический психосиндром также есть, но он менее тяжелый.

Таким образом, важно помнить о профилактике энцефалопатии и психоорганического синдрома. Помощь психиатра необходима на раннем этапе после операции приживления ампутированной в результате травмы руки.

Л.П. КАЛИНИНА, Т.И. ШВИЦКАЯ ПАРАНОЙЯЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ И РАЗВИТИЕ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель — Э.С. Вишневская
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Данная форма нарушений, в известной мере может рассматриваться, как связующее звено между личностными расстройствами

в области пограничной, «малой» психиатрии, и деформациями личности при развернутых психозах (В.Я. Семке).

Больные с неблагоприятным течением травматической болезни головного мозга в отдаленном периоде делятся на две подгруппы. Это подгруппа больных с социально приемлемым поведением, и подгруппа больных с асоциальным поведением. У больных из подгруппы с асоциальным поведением в несколько раз чаще, чем у больных с социально приемлемым поведением, в анамнезе отмечаются неблагоприятные условия воспитания и микросоциального окружения в преморбидном периоде, остаточные явления резидуальной органической симптоматики раннего детского возраста с патологическим усилением влечений, психопатии и акцентуации характера. Эти факторы имеют основное значение в формировании асоциального поведения больных, страдающих отдаленными последствиями травматической болезни мозга (В.П. Белов).

Симптоматика травматической болезни головного мозга в отдаленном периоде в обеих подгруппах больных проявляется судорожным синдромом, дистимически-дисфорическими состояниями, нарастанием у больных эпилептоид-

ных черт характера паранойяльных реакций, а также поздними травматическими психозами.

Микросоциальные факторы оказывают влияние на формирование затяжных паранойяльных реакций. Свыше 60 % больных обнаруживали затяжные паранойяльные реакции различного содержания (ипохондрические, рентные, отношения и др.). Паранойяльные реакции со сверхценными идеями наблюдаются у больных обеих подгрупп примерно в одинаковом проценте.

В асоциальной подгруппе больные дают психогенные депрессивные и сутяжно-паранойяльные реакции в ответ на моральный конфликт с окружением, несовпадение низкой морали личности со средой.

В подгруппе с социально приемлемым поведением, психогенией и источником паранойяльного развития является факт заболевания, с последующим ограничением возможностей личности.

Нами было проанализировано 30 историй заболеваний, в 21 случае отмечалась паранойяльная реакция, в 9 случаях — паранойяльное развитие.

А.В. КОЗЛОВ ОБОСНОВАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

ФГЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

Актуальность проблемы. Проблема лечения больных с повреждениями периферических нервов является одной из ведущих в травматологии, микрохирургии и нейрохирургии. В большинстве случаев, травма нервов, вследствие специфики анатомо-топографических взаимоотношений, редко бывает изолированной. Как правило, она сопровождается повреждением сосудов, костных и мягкотканых структур. Патологическая картина, которая развивается при повреждении магистральных артерий и периферических нервов, характеризуется фиброзным перерождением всех тканей и, как следствие, развитием тендогенных и артрогенных контрактур, замедленной консолидацией костных структур. Однако не только повреждение магистральных артерий приводит к значительным дистрофическим процессам, при повреждении развивается и локальное нарушение кровообращения.

Недостаточное внимание, при восстановлении нервов, уделяется восстановлению доминантных артерий, определяющих объемный кровоток сегментов, а также варибельности ангиоархитектоники, характеру кровоснабжения нерва в зоне

повреждения, улучшению кровообращения зоны повреждения.

Цель исследования: Обосновать хирургическую тактику лечения больных с повреждениями нервов верхней конечности, направленную на улучшение функциональных результатов.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 520 больных с повреждениями нервов верхней конечности (шов нерва дополняли операциями, связанными с восстановлением кровотока и дополнительной ревазуляризацией места шва кожно-фасциальными, фасциальными и кожно-мышечными трансплантатами). Контрольной группой служили 80 пациентов, которые были прооперированы с применением традиционных методик (пациентам выполняли эпиперинеуральный, или межпучковый шов нервов). Повреждение артерий выявили у 450 пациентов основной и 63-х — контрольной группы. Магистральные, в том числе и доминантные артерии пальцев кисти, повреждены у 97 % пациентов основной группы, что привело к субкомпенсации и декомпенсации дистально расположенных отделов у 222 больных.

В тактику лечения положен принцип одномоментности, как первичных восстановительных, так и поздних реконструктивных операций. Необходимым условием всех реконструктивно-восстановительных операций являлось восстановление магистрального кровотока ($n = 379$), при первичных операциях преобладал шов артерии, а при поздних реконструктивных — пластика артерий за счет аутовенозных и, в ряде случаев, артериальных аутотрансплантатов. При выполнении реконструкции нервов, учитывали тип кровоснабжения нервов, возможность проведения невротизации для восстановления мелких мышц кисти и адаптивной чувствительности. Всего в исследовании выполнено 604 различных варианта восстановления нервов, а также использовали 217 лоскутов с автономным кровотоком. У 87 пациентов операции дополнены различными видами нейро-ортопедических коррекций. Все базовые принципы хирургической тактики, а именно, отношение к повреждению нерва как к сосудистой операции, восстановление магистрального кровотока, улучшение периферического кровообращения и кровообращения в зоне шва нерва, доскональное знание и учет анатомо-топографических вариантов строения, одномоментное восстановление всех поврежденных структур, получили свое подтверждение в 10 патентах Российской Федерации.

Заключение. Отдаленные исследования проводили в сроки от 6 месяцев до 4 лет по следующим критериям: объем активных движений в градусах, степень восстановления чувствительности и трудоспособности, исследование степени восстановления мышечной ткани и чувствительности по системе, принятой для оценки микрохирургических операций.

При комплексной оценке отдаленных результатов лечения, у 87 процентов пациентов основной группы результат оценен как «хорошо».

Выводы:

1. Микрохирургическая реконструкция и восстановление нервов у больных с сопутствующим нарушением магистрального кровотока является высокоэффективным методом хирургического лечения данной категории пациентов. Дифференцированный подход при выборе метода лечения, восстановление магистрального кровотока, улучшение периферического кровообращения позволяют восстановить функцию верхней конечности у 87 % пациентов.
2. Повреждение нервов и сопутствующее нарушение магистрального кровотока и периферического кровообращения характеризуется снижением показателей магистрального кровотока (ЛСКmax, ТАМХ, ОСК), оптической плотности костной ткани (до 63,9 у.е.), холодной толерантности сегментов.

Н.В. МАСЛОБОВА, Т.В. ЯТЧЕНКО СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель — Н.П. Кокорина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В последние годы наблюдается увеличение количества потребления психоактивных веществ среди людей молодого возраста. Главной особенностью является снижение нижней возрастной границы. Так, в г. Кемерово, в 2000 г. эта цифра составляла 474 на 100000 населения в возрасте 5-18 лет, а в 2001 г — 508. В 1997 г. была организована детско-подростковая наркологическая служба, одним из звеньев которой является кабинет медико-психологической и наркологической помощи (КМПНП) Центрального района.

По результатам работы этого кабинета в настоящее время на профилактическом учете состоят 296 несовершеннолетних, из них употребление алкоголя с вредными последствиями — 178 (60 %), употребление наркотических веществ с вредными последствиями — 55 (18,6 %), употребление токсических веществ с вредными последствиями — 21

(6,7 %). На учете с диагнозом «опийная наркомания» состоят 23 человека (7,7 %), с диагнозом «ранний алкоголизм» — 1 (0,3 %). За 2002 г. выявлено 6 подростков с диагнозом «опийная наркомания», среди них мальчики до 14 лет — один, 15-18 лет — 4, девочки в возрасте 15-18 лет — одна.

Большая часть подростков выявлялась активно, преимущественно через ОПН РОВД (32,2 %), а количество самообращений составило всего лишь 7,8 %. Кроме того, выявление подростков ведется через учебные заведения, районные военкоматы, посредством проведения профилактических медицинских осмотров, путем сотрудничества с другими организациями: АКДН и центр «СПИД».

Следует отметить, что в последние годы среди наркотиков преобладают препараты ацетилированного морфина: «ханка» и героин. Исходя из ста-

тистических данных КМПП Центрального района, употребление опиатов составляет 70 %, а упот-

ребление каннабиноидов – 30 %, то есть 2/3 подростков применяют более «тяжелые» наркотики.

В.В. СОЛОВЬЕВ
ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА
ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Научные руководители – А.В. Субботин, И.К. Алексеевский
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Вопрос об изучении и внедрении методов профилактики послеоперационного неврологического дефицита и другого оперативного травматизма будет оставаться актуальным в ближайшее время в силу трех обстоятельств:

- оперативное вмешательство, единственный радикальный способ лечения части нейрохирургической патологии (объемные образования головного и спинного мозга, аномалии развития, травмы), по-прежнему является травматичным и поэтому в ряде случаев обогащает клиническую картину заболевания, внося дополнительный неврологический дефицит;
- уровень качества жизни прооперированного больного обратно пропорционален объему неврологического дефицита, поэтому снижение данного объема послеоперационного осложнения – в интересах больного;
- этот неврологический дефицит является ятрогенным, поэтому снижение его – в интересах хирурга также, особенно в свете сегодняшней ситуации в системе добровольного страхования и роста количества платных операций.

Появление новых технологий позволяет решать эту проблему с разных позиций. В данной работе рассматриваются следующие из них: использование минидоступов и специального инструментария; разработка наиболее оптимальных схем реабилитации больных после нейрохирургического вмешательства; применение метода аутогемотрансфузии с предоперационным забором крови в качестве элемента мероприятий по снижению оперативного травматизма при потенциально кровотоочивых вмешательствах; профилактика и лечение перифокальных отеков ткани мозга.

Вопрос минидоступов в современной спинальной хирургии практически решен после внедрения мышечного ретрактора и операционного бинокулярного микроскопа. В настоящее время с успехом выполняются операции по удалению грыж диска (агравматичные интерлямбиктомии), но вопрос о реабилитации таких

больных и профилактике рецидива остается открытым. Особенность метода состоит в том, что удаляется не только секвестр nucleus pulposus, формирующий собой грыжевое выпячивание, но и все секвестры внутри annulus fibrosus, и даже не секвестрировавшаяся часть ядра. Поэтому часто формируется послеоперационная нестабильность позвоночного столба, требующая коррекции при помощи ЛФК. Вторая особенность состоит в том, что болевой синдром часто сохраняется в течение нескольких суток даже после удачно выполненной операции, поэтому начать ранние реабилитационные мероприятия у ряда больных (по нашим наблюдениям, около 50 %) не удастся. Вопрос минидоступов в краниохирургии, несмотря на значительные достижения в этой области, остается дискуссионным. Наиболее известны работы А.И. Арутюнова (1987) по трансфеноидальной хирургии гипофиза; А.А. Горохова (2000) по отонейрохирургии, в которых он освещает вопрос альтернативных доступов в среднюю и заднюю черепные ямки при вторичных отогенных процессах.

Вторым по актуальности вопросом является применение специального инструментария. На протяжении нескольких десятилетий в нейрохирургии используются эндоскопические технологии. Большим достижением в этой области стало лечение обструктивных форм гидроцефалии. Постоянное совершенствование данной технологии позволило немецким специалистам фирмы Karl Storz собрать и внедрить в практику 3-миллиметровые эндоскопы и 5,2-миллиметровые проводники к ним. Этот инструментальный помощник разрешит некоторые вопросы в лечении нарушений мозгового кровообращения и ликвородинамики. Для повышения точности и снижения травматичности нейрохирургических вмешательств используются также ретракторы, инструмент для микродиссекции и лазерная аппаратура. Но большинство из этих технологий являются дорогостоящими и недоступными для внедрения в практику в полном объеме. В связи с этим, одна из важнейших задач данного исследования – по возможности точно определить по-



казания и продумать принципы использования этих технологий в условиях современной клиники России.

Методика аутогемотрансфузии была разработана за рубежом несколько десятилетий назад и за это время совершенствовалась и адаптировалась к разным областям хирургии. В настоящее время накоплен значительный опыт по предоперационному забору аутокрови с послеоперационной реинфузией. Эта методика изучалась реаниматологами ГКБ № 2 г. Кемерово, и была оценена как вполне пригодная для восстановления ОЦК при кровопотерях во время операции. Кровопотери при нейрохирургических операциях бывают значительными при следующих обстоятельствах: гиперстеническое телосложение больного, хорошая васкуляризация оперируемых анатомических образований, длительность операции, коагулопатии, лечение противосвертыва-

ющими препаратами. По нашему мнению целесообразно выделение больных в группы риска по вышеперечисленным критериям и подготовка их к операции по разработанным аутогемотрансфузионным схемам.

Таким образом, проанализировав некоторые из направлений и методов по профилактике оперативного травматизма и послеоперационного неврологического дефицита, следует сделать вывод, что в каждом конкретном случае у каждого конкретного больного можно реально подобрать оптимальную комбинацию методов для повышения эффективности операции (с сохранением ее радикальности) и качества жизни больного после нее. Однако при разработке схем лечения следует помнить, что большинство из этих методов довольно дорогостоящие и по этой причине могут потребовать дальнейшей модификации и адаптации.

Т.В. ЦЕЛИЩЕВА, В.Г. ИВАНОВ ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПРАВОНАРУШЕНИЙ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Научный руководитель — В.Г. Иванов

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Большинство отечественных и зарубежных авторов среди причин преступности на первое место ставят социальные факторы. Немалое значение придается соматическим заболеваниям, а также факторам психического созревания. Так, среди лиц, совершивших правонарушения, страдающие умственной отсталостью составляют почти 40 %. Все это происходит на фоне роста психически больных с умственной отсталостью за последнее десятилетие с 4 % до 11 %.

Предварительный анализ историй болезни у лиц с умственной отсталостью (31 случай), прошедших судебно-психиатрическую экспертизу показал следующую картину. Среди причин, приводящих к умственной отсталости, в более половине случаев выявляется наследственная отягощенность алкоголизмом со стороны родителей (51,6 %). В остальных случаях (по убывающей): инфекция, недоношенность, родовая травма и асфиксия, эндокринная патология. В 7 случаях имеются указания на малограмотность родителей или наличие в семье других умственно отсталых детей.

Отставание в психическом развитии в 24 случаях сопровождалось невротическими нарушениями, в 9 — повторной травмой и соматическим заболева-

нием в раннем периоде. У 20 обследованных выявлены явные нарушения воспитания. В дошкольном возрасте были организованы только трое больных. В последующем 17 человек обучались во вспомогательной школе, а 8 — содержались в специализированном интернате. Однако при наличии определенной организованности, 14 допускали выраженные нарушения поведения в школе, включая прерывание учебы. Из общего количества только 5 человек были организованы трудом.

Среди других поведенческих нарушений явно преобладали различные аддикции (ранняя алкоголизация и наркотизация, сексуальная расторможенность), на втором месте стояло бродяжничество. Была склонность к мелким кражам, частым дракам.

Для большинства лиц с умственной отсталостью были характерны имущественные правонарушения. Однако в исследуемой группе встречались преступления, направленные против личности (9 случаев), среди которых было и умышленное причинение тяжкого вреда здоровью. В трех случаях больные попадали под действие ст. 20 УК (психическое развитие не достигает возраста уголовной ответственности) и в 5 — под действие ст. 22 УК РФ (ограниченная вменяемость).

С.В. БАННЫХ
 МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ
 В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Научный руководитель – А.Я. Евтушенко
 Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Изменения в системе красной крови во время клинической смерти определяют длительность и тяжесть течения постреанимационного периода.

В ходе исследований установлено, что в постреанимационном периоде развивается анемия гемолитического генеза. Пусковым фактором гемолиза эритроцитов является гипоксия, возникающая вследствие остановки дыхания и кровообращения. Дефицит кислорода приводит к целому ряду метаболических нарушений, в том числе, к активации процессов перекисного окисления липидов. Как следствие, уменьшается содержание липопротеидов и сульфгидрильных групп эритроцитов, что приводит к изменению проницаемости мембраны

эритроцита, потере клеткой калия, накоплению в клетке ионов натрия и кальция. Увеличивается осмотическое давление в эритроцитах, изменяется их форма (сфероциты, куполообразные клетки и др.), теряется способность к деформируемости. Уменьшение содержания сульфгидрильных групп в эритроцитах указывает на снижение их перекисной резистентности.

Таким образом, создаются условия, приводящие к разрушению эритроцитов, развивается гемическая гипоксия. Это утяжеляет гипоксическое повреждение всех тканей и органов организма. Полученные данные следует учитывать при проведении комплексной терапии постреанимационной патологии.

Е.Е. ВАСЕНИНА, А.Ю. БАРАШОВ
 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕСТРА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ГОДИЧНОГО ЦИКЛА
 НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель – Г.Я. Двуреченская
 Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В70-е годы XX века в литературе появились сведения о том, что помимо влияния на резистентность организма и здоровье сезонов года, у человека существуют критические периоды индивидуального годичного цикла (ИГЦ), который не зависит от календарного года. Первые месяцы от даты рождения характеризуются своеобразным физиологическим подъемом с максимальной жизнестойкостью. Последние же месяцы ИГЦ можно отнести к, так называемой, «зоне риска» ИГ.

В данной работе сделана попытка выявить связь успеваемости студентов и их ИГЦ. Для этой цели проанализированы результаты экзаменов у студентов 1-го курса в летнюю сессию 2000/2001 и 2001/2002 уч. годов. Всего проанализирована успеваемость 470 человек (из них, 168 юношей и 302 девушки).

Подсчитав средний балл и процент отличников, и сопоставив эти данные с месяцем ИГЦ, в котором находился студент, мы получили следующие результаты. У юношей, находящихся во время сессии во втором и третьем

триместрах ИГЦ, средний балл составил 4,20 и 4,22, соответственно, в то время как наиболее неблагоприятным оказался 1-й триместр (средний балл – 3,85). У девушек наиболее высокие оценки были получены в третьем и четвертом триместрах ИГЦ (4,34 и 4,37, соответственно), а хуже всех сдали студентки, находившиеся во втором триместре ИГЦ (средний балл – 4,19). Количество отличников среди юношей оказалось наибольшим у тех, кто находился во 2-м и 3-м триместрах (41 % и 32 %, соответственно), а у девушек – в 3-м и 4-м (44 % и 50 %). Наибольшее количество «троечников» было выявлено среди юношей, находившихся в первом и четвертом триместрах (20 % и 28 %), в то время как у находящихся во втором и третьем триместрах этот показатель составил 7 % и 15 %, соответственно. У девушек число сдавших на удовлетворительные оценки, или не сдавших вообще, составило в первом триместре 13 % и во втором – 19 %, тогда как в третьем триместре этот показатель составил 4 %, а в четвертом – 9 %.

Полученные результаты могут помочь более правильно распределить учебный материал, осу-

ществляя индивидуальный подход к студентам на основе их ИГЦ.

Е.В. ВЛАСОВ
К ТОПОГРАФИИ ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ЯДРА
ГИПОТАЛАМУСА КРОЛИКА

Научный руководитель – П.С. Демко

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Последние годы паравентрикулярное ядро (ПВЯ) гипоталамуса привлекает внимание многочисленных исследователей. Известно, что продуцируемые им нейрогормоны (вазопрессин, окситоцин) могут оказывать непосредственное модулирующее действие на щитовидную железу (Demko P.S., Krasnovskaya I.A., 1976).

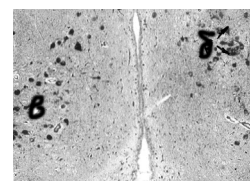
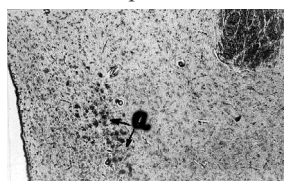
На сегодняшний день наиболее исследована топография субъядер ПВЯ гипоталамуса у крыс (Гоуфман Е.И., 1985; Акмаев И.Г., 1987), появляются работы, раскрывающие функциональное значение отдельных субъядер в защитно-приспособительных реакциях организма. Однако в работах, выполненных на кроликах, ПВЯ гипоталамуса рассматривается без дифференцировки на субъядра.

Основная задача нашего исследования – поиск крупноклеточных субъядер ПВЯ гипоталамуса кролика.

Гипоталамус кролика фиксировали в жидкости Буэна. Заливали в парафин-целлоидин. Сре-

зы окрашивали паральдегид-фуксином (ПАФ) по Гомори-Габу, с докраской азан по Гейденгайну. Микроскопическое исследование серийных фронтальных срезов ПВЯ гипоталамуса в переднезаднем направлении позволило выделить следующие крупноклеточные субъядра ПВЯ:

- а) перивентрикулярное;
- б) вентральное;
- в) латеральное.



Таким образом, можно ожидать, что каждое из выявленных крупноклеточных субъядер гипоталамуса кролика способно выполнять различные функции и дифференцированно отвечать на экспериментальные воздействия.

Ю.В. КОЛЕВАТОВА
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Научный руководитель – А.Г. Михеев

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

По данным многочисленных экспериментальных исследований, период десенсибилизации у кроликов колеблется от 5 до 14 дней. Поэтому предпринято исследование морфологических изменений в лейкоцитах в течение 14 дней у кроликов, выживших после тяжелого анафилактического шока. Литературных сведений по морфологии лейкоцитов при десенсибилизации очень мало, а имеющиеся сведения противоречивы.

Опыты проведены на 30 половозрелых кроликах-самцах, sensibilizированных тремя внутривенными инъекциями противокорревого челове-

ческого гамма-глобулина. Анафилактический шок вызывали внутривенным введением разрешающей дозы того же антигена на 25-е сутки десенсибилизации. Кровь для исследования брали из краевой вены уха в следующие сроки: через 1 и 2,5 часа, 1, 3, 5, 7, и 14 суток после анафилактического шока. Для фиксации и окраски мазков крови использовали гематологические реагенты, защищенные авторскими свидетельствами на изобретения (А.Г. Михеев, 1985, 1991).

В ранние сроки десенсибилизации (1 и 2,5 часа) обнаружено значительное снижение количества лейкоцитов в крови, по сравнению с трид-

цатой минутой после введения разрешающей дозы антигена. При этом, в периферической крови полностью отсутствовали базофильные и эозинофильные гранулоциты. Процентное содержание палочкоядерных псевдоэозинофилов резко увеличивалось. Последнее свидетельствует об ускорении выхода молодых псевдоэозинофилов из костномозгового резерва в ответ на их массивную аллергическую альтерацию во время анафилактического шока (А.Г. Михеев, 1993, 1995, 1996). Полученные данные свидетельствуют, что в самые ранние сроки десенсибилизации продолжается, начавшаяся во время анафилактическо-

го шока, аллергическая альтерация базофильных гранулоцитов, а также и псевдоэозинофильных. В цитоплазме последних наблюдается резко неравномерное распределение специфической зернистости по цитоплазме и изменение интенсивности окраски гранул. Лейкопения сохранялась до конца первых суток десенсибилизации. На 3-и сутки количество лейкоцитов возвращалось к норме, а в дальнейшем развивался лейкоцитоз (7 и 14 сутки). Не только количество лейкоцитов, но и их морфология и процентное содержание на 14-е сутки десенсибилизации приближаются к таковым при сенсibilизации.

А.А. ЛЕВАНОВА

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНА РОЖДЕНИЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – Н.П. Тарасенко

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Известно, что на интегральные показатели здоровья человека и формирование свойств личности оказывает влияние сезон рождения. Выявлены связи между сезоном рождения и потенциальными возможностями человека (Dudink A., 1994; Boddy V. e. a., 1996).

Дата рождения влияет и на индивидуальные психологические особенности. Ученые считают, что люди, рожденные летом, склонны к революционным преобразованиям, а те, которые родились в холодные месяцы (между октябрём и апрелем), напротив, более консервативны (Holmer M., 1995).

Цель работы: изучение функциональной асимметрии полушарий (ФАП) у лиц юношеского возраста, в зависимости от сезона рождения.

В ноябре 2002 года на кафедре нормальной физиологии было проведено обследование 83 сту-

дентов (51 девушки и 32 юношей) с помощью компьютерной программы «ФАМ»: определяли моторную и сенсорную асимметрию, тип мышления.

Выяснилось, что у юношей преобладает абстрактно-логическое и более выражено эмоциональное мышление, чем у девушек. Наименее выражено преобладание абстрактно-логического мышления у юношей, рожденных летом.

Преобладание абстрактно-логического мышления было выявлено только у девушек, рожденных летом и осенью. Вместе с тем, у девушек, рожденных зимой и весной, преобладало конкретно-образное мышление.

Полученные нами данные будут дополнены повторными исследованиями, которые планируется провести в феврале (зимний период), апреле (весенний период) и июле (летний период).

А.А. СЕЛИВАНОВ

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОПУЛЯЦИЙ СОМАТОТРОПОЦИТОВ АЦИДОФИЛЬНОГО И БАЗОФИЛЬНОГО КЛИНЬЕВ ГИПОФИЗА ИНТАКТНЫХ И СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ КРОЛИКОВ

Научный руководитель – П.С. Демко

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Большинство морфологических работ, посвященных изучению аденоцитов передней доли гипофиза (ПДГ), ограничивается морфологической оценкой этих железистых клеток.

Нами поставлены задачи: провести дифференцировку и морфометрию ядер соматотропоцитов в ацидофильном и базофильном клиньях гипофиза интактных и сенсibilизированных



кроликов; на основе показателей объемов ядер этих клеток рассмотреть распределение их различных популяций.

Соматотропоциты выявляли тетрахромным окрашиванием (Attia, 1978). Изучали на горизонтальных срединно-центральных срезах, подобранных по методике П.С. Демко (1990).

Проводили измерение наибольшего и наименьшего диаметров ядер этих клеток. Рассчитывали объем по формуле эллипсоида. Полученные данные подвергли статистическому ранжированию на 7 классов (Плохинский Н.А., 1970). Для выявления достоверности различий эмпирического и теоретического распределений популяций соматотропоцитов использовали критерий χ -квадрат.

В результате исследования выявлено, что у интактных животных распределение популяции соматотропоцитов ацидофильного и базофильно-

го клиньев гипофиза не подчиняется закону нормального распределения.

В группе сенсibilизированных животных распределение популяций соматотропоцитов ацидофильного клина гипофиза кроликов следует закону нормального распределения. Возрастает количество аденоцитов с максимальным объемом ядра (IV класс) на 8 %. Популяция соматотропоцитов базофильного клина не подчиняется закону нормального распределения, снижается количество этих клеток с максимальным объемом ядра (IV класс) и возрастает их количество во II классе на 45 %.

Данные результаты могут свидетельствовать о перестройке соматотропной функции гипофиза на высоте сенсibilизации животных в сторону увеличения ее активности в ацидофильном и снижения в базофильном клине.

А.А. СЕЛИВАНОВ

ЭПИФИЗ И ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА ПРИ СЕНСIBILИЗАЦИИ И ТЯЖЕЛОМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Научный руководитель – П.С. Демко

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

О тесной взаимосвязи и модулирующем влиянии эпифиза на ядра гипоталамуса имеется обширная информация (А.М. Хелимский, 1969; Е.И. Чазов, В.А. Исаченков, 1974).

Основной задачей настоящего исследования является изучение взаимодействия эпифиза и ядер гипоталамуса на высоте сенсibilизации и тяжелом анафилактическом шоке.

Эксперимент проводился в сентябре-октябре месяцах. Половозрелые кролики-самцы сенсibilизированы антирабическим гамма-глобулином, внутривенно, в дозе 10 мг/кг массы тела, трехкратно, с интервалами в 48 часов. Разрешающее введение антигена на 21-е сутки после 3-й сенсibilизирующей инъекции, в дозе 300 мг/кг массы тела, сопровождалось симптомокомплексом тяжелого анафилактического шока.

На аутопсии у животных взяты эпифиз и гипоталамус от интактных кроликов (контроль), на 21-е сутки сенсibilизации и при тяжелом анафилактическом шоке. Гистологически и морфометрически исследовали эпифиз и супрахиазматическое (СХЯ), супраоптическое (СОЯ), паравентрикулярное (ПВЯ), постоптическое (ПОЯ), вентромедиальное (ВМЯ), аркуатное (АркЯ) ядра гипоталамуса. Полученные результаты подвергли статистическому анализу.

В результате исследования в группе интактных животных выявляется сильная отрицательная кор-

реляционная связь между объемами ядер светлых пинеалоцитов эпифиза и нейроцитов только ПВЯ ($-0,99$) и ПОЯ ($-0,99$) гипоталамуса.

На 21-е сутки сенсibilизации сохраняется сильная отрицательная корреляционная связь по тем же показателям между эпифизом и ПОЯ ($-0,95$), и появляется сильная отрицательная корреляционная связь с АркЯ гипоталамуса ($-0,98$). Обнаружена синхронная реакция эпифиза и СХЯ гипоталамуса, в сравнении с контролем, проявляющаяся достоверным увеличением объемов ядер светлых пинеалоцитов эпифиза и нейроцитов СХЯ гипоталамуса.

При анафилаксии тяжелой степени параметры изменения объемов ядер обуславливают смену сильной отрицательной корреляционной связи между эпифизом и АркЯ (21-е сутки сенсibilизации) на сильную положительную ($+0,96$). С другими исследованными ядрами гипоталамуса коррелятивной связи не отмечается. Сохраняется достоверное увеличение объемов ядер светлых пинеалоцитов эпифиза и нейроцитов СХЯ гипоталамуса, по сравнению с контролем. Замечена тенденция к увеличению объемов ядер нейроцитов всех изученных центров гипоталамуса и пинеалоцитов эпифиза.

Таким образом, судя по результатам данного исследования, можно предположить, что у

интактных животных эпифиз оказывает тормозное влияние на ПВЯ и ПОЯ гипоталамуса. На 21-е сутки сенсibilизации возрастает секреторная активность светлых пинеалоцитов эпифиза и нейроцитов СХЯ. Ингибирующее влияние эпифиза на ПОЯ сохраняется и рас-

пространяется на АркЯ. При анафилаксии возросшая морфофункциональная активность эпифиза и СХЯ гипоталамуса остается на уровне 21-х суток сенсibilизации. Ингибирующее влияние эпифиза на АркЯ меняется на стимулирующее.

Т.С. СЫРНЕВ

ТИП КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И СТРЕССРЕАКТИВНОСТЬ У СТУДЕНТОВ МЕДАКАДЕМИИ, КАК ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВЫБОРУ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В последние годы уделяется большое внимание прогнозированию сердечно-сосудистой патологии. В частности, проводится поиск факторов риска развития ишемической болезни сердца. Целью таких исследований является разработка профилактических мероприятий, позволяющих предупреждать развитие ИБС. При этом, у здоровых людей уже в молодом возрасте выделяются три типа «коронарного поведения» (типы А, В, АВ).

На кафедре нормальной физиологии КГМА были обследованы 124 студента 1-го и 2-го курсов лечебного и педиатрического факультетов, из них — 59 юношей и 65 девушек. Тип коронарного поведения выявляли по анкете Дженкинса. Для определения успеваемости подсчитывали средний балл по двум зимним экзаменационным сессиям — наиболее сложным в восприятии студентов и емким по количеству экзаменов. Все исследования проводились на добровольной основе.

Тип коронарного поведения А характеризовался у студентов более высокой успеваемостью, низкими показателями стрессреактивности, меньшей никотиновой зависимостью.

Тип В, противоположный по характеристике типу А, среди обследуемых студентов был выделен в единичных случаях, вследствие чего, дан-

ная группа в дальнейшем анализе результатов не участвовала.

Студенты с типом коронарного поведения АВ обладали более высокой стрессреактивностью, по сравнению с типом А, среди них чаще выявлялись курильщики, они хуже учились.

Стрессреактивность в группе А составила $11,36 \pm 0,26$, в то время как в группе АВ — $12,66 \pm 0,55$. Показатели успеваемости (средний балл) — $4,71 \pm 0,28$ и $4,45 \pm 0,24$, соответственно. Курящие в группе А составляли 52,72 %, причем 2/3 из них были юношами; в группе АВ курили 88,41 % студентов — в равной степени и юноши и девушки.

Таким образом, при обследовании выявлены различия между студентами групп А и АВ, которые следует учитывать при определении будущей профессиональной деятельности. Например, известно, что руководящая должность требует от человека напряжения многих эмоциональных и физических сил, меньшей подверженности стрессам. Для того чтобы данные показатели были в гармонии, руководитель должен обладать определенными качествами. Учитывая характерные черты типа А, можно предположить, что в перспективе профессиональной деятельности студенты с коронарным типом А могут более подходить для работы организаторами здравоохранения.

Т.С. СЫРНЕВ, Д.Ю. КУВШИНОВ

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССРЕАКТИВНОСТИ, ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ТИПА КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДАКАДЕМИИ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В современной биологии и медицине возрос интерес к анализу индивидуальных особенностей как организма больного, так и, в еще

большей степени, здорового человека. Стрессы подросткового и юношеского возраста, а также характерный для них стиль совладания с ними, от-



личаются от реакций взрослых людей. Юношеский возраст характеризуется неустойчивостью адаптивных механизмов, высокой реактивностью. Специфика же вузовского (особенно сложного) медицинского образования, отличного от школьного, предъявляет к личности студента серьезные требования. Имеются данные, что стрессорные воздействия могут привести к трансформации процессов роста и развития, в частности, учащая патологические реакции, прежде всего, со стороны сердечно-сосудистой системы, ибо еще академик Е.И. Чазов, ведущий кардиолог РФ, заявил, что кардиология – это горячий цех медицины. Подобного рода данные, касающиеся лиц юношеского возраста, немногочисленны.

На первом этапе работы проводилось исследование по выяснению взаимосвязи интегральных показателей роста и физического развития с уровнем стрессреактивности у студентов младших курсов (1-2) медицинской академии. Исследование выполнялось в условиях лаборатории кафедры нормальной физиологии в утренние часы (8-12 час.), при добровольном согласии студентов. Все студенты были разделены на 2 группы: группу воздействия (109 чел.) и группу контроля (96 чел.) В группе воздействия, в течение 1,5 месяцев после исследования, со студентами проводились беседы для повышения их информированности о проявлениях стресса, о факторах, влияющих на стрессреактивность и о способах преодоления стресса. Спустя 8-10 мес. проводилось повторное исследование всех студентов. Различия в полученных данных определялись с помощью критерия Стьюдента. Для оценки статистической связи между рядами наблюдения проводился корреляционный анализ по программе «Biostat», с помощью компьютера IBM PC 166-MMX.

В результате исследования было установлено:

- у юношей повышенный уровень стрессреактивности сочетался с относительной низко-

рослостью; среди девушек различия стрессреактивности с ростом не коррелировали (различия были недостоверны);

- в динамике наблюдений отмечалось, что повышенный уровень стрессреактивности сочетался с тенденцией к замедлению физического развития, причем, у девушек, эта тенденция была менее выражена;
- уровень тревожности за время обучения на младших курсах медицинской академии у юношей возрастал больше, чем у девушек.

Таким образом, было подтверждено, что девушки более устойчивы к стрессу.

На втором этапе исследования определялись взаимозависимость стрессреактивности с успеваемостью студентов, типом их коронарного поведения и склонностью к курению, как одному из факторов риска развития патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что особенно важно при экологическом неблагополучии нашего региона.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что имеется определенная взаимосвязь между стрессреактивностью и успеваемостью студентов; у студентов преобладает тип коронарного поведения АВ, несколько реже тип А и, как исключение, тип В. Тип А – это, по натуре, лидеры, стремящиеся везде быть первыми и лучшими, тяжело переживающие неудачи. Они характеризуются высокой стрессреактивностью, почему у них и высока степень риска сердечно-сосудистой патологии. Тип В – полная противоположность типу А. Тип АВ занимает среднее между типами А и В положение.

Практическая значимость нашего исследования заключается в том, что полученные данные могут быть использованы для выработки рекомендаций студентам, имеющим высокий уровень стрессреактивности, с целью улучшения их здоровья.

Н.Ю. ШЕВЕЛЕВА

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТОМ А И ГЕПАТИТОМ В

Научный руководитель – А.Г. Михеев

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В литературе имеются сведения, что при острых гепатитах наблюдаются лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз и моноцитоз (Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Волжанин В.М., 1999; Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С. и др., 1999). По морфо-

логическим показателям крови очень сложно провести дифференциальную диагностику гепатитов. Цель исследования – установить, существуют ли качественные морфологические изменения клеток крови у больных с различными типами гепатита.

Исследовали периферическую кровь у 17 больных острым гепатитом А, и 19 больных острым гепатитом В. Обследуемые – лица мужского пола от 16 до 25 лет. При изучении лейкоцитарной формулы, лимфоциты разделили на 2 группы (малые и средние).

Статистическое изучение групп лимфоцитов показало достоверное увеличение ($P < 0,05$) числа малых лимфоцитов при гепатите А (13 %), по сравнению с гепатитом В (6,8 %). У больных с гепатитом А выявлялись иммунобласты – от 2 до 5 %.

При изучении лейкоцитарной формулы, у всех больных наблюдались нейтропения ($37,5 \pm$

$2,0$), относительный лимфоцитоз ($42,3 \pm 1,0$). Относительный моноцитоз имел место только у больных гепатитом А. У обследованных больных с гепатитом А и гепатитом В в цитоплазме нейтрофилов наблюдается токсическая зернистость разной степени выраженности. В ядрах этих же клеток наблюдается хроматолиз одного или нескольких сегментов ядра.

Выявленное нами увеличенное количество малых лимфоцитов при гепатите А и появление в крови иммунобластов (до 5 %) можно объяснить высокой иммуногенностью вируса гепатита А, по сравнению с вирусом гепатита В.





И.Н. БОНДАРЕВА ТАК ЛИ БЕЗОПАСНЫ ЗАНЯТИЯ В ГРУППАХ ЗДОРОВЬЯ?

Научный руководитель — Ю.И. Нестеров
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Известно о высокой заболеваемости, инвалидизации и смертности среди взрослого населения от болезней сердечно-сосудистой системы. Среди них главную угрозу для здоровья создают атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертония. Существенную роль в первичной профилактике заболеваний сердца, особенно для лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, отводится регулярным физическим занятиям в группах здоровья.

В группах здоровья занимаются лица разных возрастов. Причем, каждый из занимающихся, индивидуально подбирает физические нагрузки, с учетом своего возраста, состояния здоровья и степени тренированности. Подобные группы организованы повсеместно и пользуются определенным успехом у населения разных возрастов. Однако, публикаций, касающихся влияния физических занятий на состояние здоровья у этой категории лиц, нам встретилось мало, порой они выполнены с использованием рутинных методов. Это и послужило предметом нашего исследования у лиц, занимающихся в группах здоровья.

Цель исследования. Оценить влияние физических нагрузок на состояние сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем у лиц, занимающихся в группах здоровья.

Материалы и методы. Было обследовано 29 человек (женщин — 11, мужчин — 18), в возрасте 35-67 лет (средний возраст 52,5 лет), длительно занимающихся в клубе здоровья «Тонус», расположенном в Ленинском районе г. Кемерово. 22 человека — служащие, преподаватели школ и ВУЗов, рабочих — 4, пенсионеров — 3. С высшим образованием — 23 человека, средним — 6. Среди обследуемых трое курят, не более 10 сигарет в день.

Занятия в группе здоровья проводятся 3 раза в неделю. В комплекс упражнений входит, в зависимости от времени года, бег в медленном и среднем темпе, продолжительностью 1-2 часа, плавание в бассейне, гимнастика, езда на велосипеде, в выходные дни — многочасовые лыжные походы до 20-50 километров, в зависимости от индивидуальных физических возможностей участников. Раз в неделю — посещение сауны с купанием в проруби. Трое членов клуба — неоднократные участники международных и межрегиональных марафонских забегов.

У всех обследуемых в состоянии покоя измерялся рост, вес, АД, частота сердечных сокраще-

ний (ЧСС). Методом ЭКГ и ЭхоКГ исследовалось состояние клапанного аппарата сердца, нарушение ритма и проводимости сердца. Степень гипертрофии и дилатацию камер сердца косвенно оценивали по размерам левого предсердия (ЛП) задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), межжелудочковой перегородки (МЖП), конечно-диастолическому (КДР) и конечно-систолическому размерам (КСР). Сократительную способность сердца определяли по показателям фракции выброса (ФВ). Коронарный резерв — с помощью нагрузочной пробы на велоэргометре (ВЭМ). Методом спирографии исследовались форсированный экспираторный объем легких, проводимость в мелких, средних и крупных бронхах и форсированная жизненная емкость легких.

Результаты исследования. У 22 обследуемых вес тела соответствовал идеальному, у 6 он превышал на 10 % и у 1 — на 20 %. ЧСС колебалась от 54 до 76 в минуту (в среднем, 65). У 27 лиц АД не превышало цифр 130/90 мм рт. ст., по одному отмечено повышение систолического АД до 170/90 и систоло-диастолического — до 170/110 мм рт.ст. Нарушений ритма сердца во всех случаях не зарегистрировано, у 4-х отмечено замедление проводимости по правой ножке пучка Гиса и еще у 4-х (все старше 55 лет) выявлен атеросклероз аорты. У одного увеличены КДР, КСР и размеры ЛП, соответственно, до 5,8, 3,8 и 4,2 см, у остальных эти показатели были в пределах нормы. У 10 человек размеры ЗСЛЖ и у 1 — размеры ЛЖП превысили норму на 0,1-0,6 и 0,1-0,7 см, соответственно. ВЭМ проведена 28 обследуемым, у 27 была отмечена высокая толерантность к физической нагрузке и, в среднем, она составила 127 Вт, скрытой коронарной недостаточности не отмечено. У одного, в возрасте 65 лет со стажем курения 50 лет, наблюдалось снижение сегмента ST ниже изолинии на 2 мм. Что касается функции внешнего дыхания, то отклонений от нормальных величин у испытуемых не было.

У одной из двух женщин в возрасте 50-55 лет во время лыжного похода развился перелом шейки бедра, у другой — перелом бедренной кости. У двух других женщин — перелом лучезапястной кости. У мужчины 50 лет на второй день после тренировки развилась внезапная смерть, до этого он многократно пробегал марафонские дистанции и участвовал в соревнованиях по марафону. У второго мужчины, 60 лет, развился крупноочаговый инфаркт миокарда.

Заклучение. Регулярные аэробные физические нагрузки являются важным фактором первичной профилактики болезней. Однако следует

учитывать возможность развития травм у женщин в постменопаузальном периоде и сердечных катастроф — у мужчин среднего возраста.

И.Н. БОНДАРЕВА ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Научный руководитель — А.А. Марцияш
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Внедрение в амбулаторно-поликлиническую практику новых реабилитационных программ позволяет добиться вполне реальных успехов в лечении ишемической болезни сердца (ИБС). Однако у части больных, несмотря на адекватное лечение, не наблюдается достоверной положительной динамики, а иногда отмечается учащение и утяжеление приступов стенокардии. При таком не вполне благоприятном течении заболевания, нельзя не отметить отсутствие этапности восстановительного лечения.

Цель исследования. Оценка эффективности последовательной этапной реабилитации больных ИБС (стационар — кардиологический санаторий — поликлиника).

Материалы и методы. Больные ИБС, перенесшие инфаркт миокарда и наблюдающиеся в кардиологическом санатории. Проводилось психологическое тестирование и оценка качества жизни.

Результаты исследования. Нами выявлено, что только 39 больных (59 %), из 66 леченных консервативно, прошли санаторный этап восстановительного лечения после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). Анализ результатов, исходя от полученных в амбулаторно-поликлинических условиях, позволил выявить особенности течения заболевания у проходивших этапную реабилитацию (группа А) и не проходивших (группа В). Так, показатели реактивной тревожности (РТ), больных группы В были недостоверно выше таковых группы А. Суммарный показатель качества жизни (КЖ) в группе В был достоверно ниже. Кроме того, больные группы В имели достоверно более низкую ТФН и недостоверно низкую ФВ, а также чаще отмечали ограничения, связанные с необходимостью лечиться, физическими усилиями и трудовой деятельностью. Данные Ноттингемского профиля здоровья (НПЗ) свидетельствовали о низком КЖ по параметрам «энергичность», «социальная изоляция», «физическая активность».

На фоне комплекса восстановительного лечения у больных группы А, непосредственно после курса лечения и в отдаленный период, достоверно уменьшилось количество приступов стенокардии, принимаемого нитроглицерина, эпизодов ишемии. Вместе с тем, в группе В достоверная положительная динамика клинических показателей регистрировалась только в отдаленный период.

Так, показатель РТ группы А достоверно уменьшился на 22 %, через 6 месяцев сохранялось достоверное снижение на 19,5 %, в группе В достоверной динамики не выявлено. Суммарный показатель КЖ в группе А после курса лечения повысился достоверно на 18 % и сохранялся на высоком уровне через 6 месяцев. У больных группы В только после курса лечения отмечена достоверная положительная динамика на 13 %.

После курса лечения, ТФН у больных групп А и В достоверно возросла — на 11,5 % и 8,4 %, через 6 месяцев — на 16,6 % и 12,5 %, соответственно.

Больные группы В, после курса лечения и через 6 месяцев, чаще отмечали причины, снижающие КЖ — необходимость лечиться, ограничивать физические усилия и трудовую деятельность. Анализируя данные анкеты НПЗ, выявлено, что по параметрам «энергичность», «эмоциональные реакции» и «физическая активность» больные группы В имели достоверно худшие показатели, которые регистрировались, как после курса лечения, так и при контрольном обследовании.

Заклучение. Таким образом, анализируя динамику показателей, характеризующих клиническое состояние, качество жизни и уровень тревожности, можно сделать вывод о необходимости проведения этапной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (стационар — санаторий — поликлиника). Данный вывод основывается на том, что больные, проходящие этапную реабилитацию, имеют достоверно лучшие результаты исходные, на полик-



линическом этапе, непосредственно после курса лечения, и отдаленные (высокая сохране- мость эффекта), которые оценивались не ранее, чем через 6 месяцев.

А.С. ГИЛЕВА

ФОРМИРОВАНИЕ НИКОТИНОЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель — С.В. Лукашова
Эколого-биологический центр, школа №10, г. Юрга

Одним из важных факторов, определяющих здоровье подростков, является никотинозависимость. Эффективность антеникотинного воспитания школьников значительно повышается, если аргументация о вреде курения опирается на результаты исследований, проводимых непосредственно в школьной среде. В связи с этим мы поставили цель изучить развитие никотинозависимости у учащихся старших классов. При этом решались следующие задачи: определить возрастную период формирования никотинозависимости, выявить факторы, влияющие на развитие никотинозависимости, изучить мотивацию школьников, избавившихся от никотинозависимости.

При исследовании использовался метод анкетирования. Специально разработанная нами анкета включала вопросы для выяснения осведомленности школьников о вреде курения, причинах, побуждающих подростка закурить, отношения к этому родителей и ряд других моментов, позволяющих провести социологическую диагностику информированности учащихся по широкому спектру проблем, связанных с курением. Анкетирование проводилось анонимно среди 380 учеников 7-11 классов.

Анализ полученных данных показал, что мальчики приобщаются к курению в возрасте 9-10 лет, девочки — чуть позже, в 13-14 лет, что соответствует данным Института возрастной физиологии РАО. Массовое же увлечение курением приходится на 15-17 лет. Так, если среди опрошенных семиклассников курят 5,5 %, то к девятому классу их число увеличивается до 18,6 %. В 10-11 классах удельный вес курящих несколько снижается. При этом необходимо отметить, что число детей, пробующих курить, гораздо больше: от 38,4 % в седьмом до 68,3 % в одиннадцатом классах. Нами выявлена зависимость между курением детей и родителей. По нашим данным, дети курящих родителей начинают курить раньше и в большем количестве, чем дети некурящих родителей.

Главной причиной, побудившей подростка впервые закурить, является любопытство и низкий уровень знаний о вреде никотина — 44,5 % респондентов курят из интереса. По мере накопления знаний о воздействии табачного дыма, усиливается желание прекратить курить. В девятых классах бросают курить 23 % (в т.ч., 19 % девушек), в десятых — 30 % (в т.ч., 24 % девушек), в одиннадцатых — 38 % (в т.ч., 18 % девушек). При этом, 87 % учащихся считают, что сами сумели избавиться от этой вредной привычки, а 13 % помогли в этом взрослые. В качестве основной причины, побудившей их бросить курить, 91 % опрошенных назвали желание быть здоровым. Кроме того, не понравилось и надоело курить 70 % учащихся, а у 66,5 % не было денег для покупки сигарет.

Основной источник информации о вреде курения — родственники, об этом заявили 47,4 % учащихся. Только 32,3 % опрошенных получили ее из средств массовой информации. Школа, к сожалению, мало участвует в этой работе: только 20,4 % учеников узнали о вреде курения в школе.

До 5-ти сигарет в день выкуривают 70 %, до 10-ти — 20 % и более 10-ти — 10 % старшеклассников. Это зависит от психологического состояния: 50-60 % опрошенных курят чаще, если нервничают, каждый третий — за компанию. Только 51 % родителей знают, что их дети курят, и иногда, давая деньги на покупку сигарет, способствуют закреплению этой вредной привычки.

Необходимо отметить, что создание в школе профильных классов с усиленной физподготовкой, посещение бассейна, тренажерного зала в течение 4-х лет помогло снизить число курящих старшеклассников в 5 раз.

Таким образом, отсутствие навыков здорового образа жизни, поверхностная и формальная санитарно-просветительная работа делают проблему никотинозависимости школьников достаточно значимой.

Д.Ю. КУВШИНОВ, Т.С. СЫРНЕВ, А.А. ПЕРМИНОВ
 НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ
 ПУТЕМ КОГНИТИВНО-МОТИВИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

На кафедре нормальной физиологии у 77 юношей в возрасте 17-21 лет проводили двукратную количественную оценку распространенности курения путем, как анонимного, так и персонального неанонимного анкетирования. Студентов разделили на две группы: группу контроля (34 человека) и группу воздействия (33 человека). В дальнейшем со студентами группы воздействия проводились собеседования, рассчитанные на повышение информированности молодежи о курении и способах совладания со стрессами.

О пристрастии к курению, по данным анонимного анкетирования, сообщили в контрольной и опытной группах по 17 человек (50 % и 51,5 %, соответственно). Через 8-10 месяцев количество курящих в группе контроля увеличилось до 76 % от общей численности студентов, в опытной же группе наблюдалось недостоверное уменьшение этого числа (до 46 %). По данным открытого неанонимного анкетирования факт курения указали 14 юношей контрольной группы (41,4 % от всех представителей данной подгруппы) и 15 — опытной (45,4 %).

В первом обследовании небольшое количество сигарет (менее 5 за сутки) выкуривали трое юношей контрольной группы (21,5 % от всех представителей данной группы) и 4 — опытной

(26 %). По 8 (57 %) и 7 (48 %) человек выкуривали до 20 сигарет в день, и более 20 сигарет — 3 (21,5 %) и 4 (26 %) человек, соответственно.

Ко второму обследованию число лиц, указавших факт курения, составило в контрольной группе 20 человек и в группе воздействия — 14. Число лиц, курящих по 5 и менее сигарет за сутки в группе контроля не изменилось (3 человека), а в опытной — возросло до 7 человек, что составило 50 % всех юношей этой подгруппы. До 20 сигарет в день продолжали выкуривать 11 юношей контрольной группы (55 %) и 5 — опытной (33 %). Несколько возросло в группе контроля количество лиц с большим потреблением табака (более 20 сигарет в день) — до 6 человек (30 %), тогда как в группе воздействия таких лиц оказалось только 2 человека (13 % от всех представителей данной подгруппы).

В целом, количество курящих юношей 1-2 курсов оказалось достаточно высоким, что особенно настораживает, учитывая специфику медицинского вуза. Благодаря когнитивно-мотивирующим воздействиям, удалось замедлить рост числа курящих юношей и несколько снизить количество потребляемого табака. Врач (в том числе будущий) должен стремиться к искоренению такой абиологической поведенческой реакции, как курение.

Т.Н. СУМАТОХИНА, О.А. ЛАЗАРЕВА
 ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ
 КЕМЕРОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Научный руководитель — Ю.И. Нестеров
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В нашей стране сложилось снисходительное отношение к курению, как к привычке безобидной или связанной с возможным и весьма неопределенным риском для здоровья. Многие россияне, в том числе медицинские работники, не до конца понимают опасность воздействия курения на организм человека. В России от табакокурения умирают преждевременной смертью в возрасте 35-69 лет 42 % мужчин (Левшин В.Ф., 1998). Это больше, чем от алкоголя, наркотиков, СПИДа, автомобильных аварий, пожаров и самоубийств, вместе взятых. Важное

значение имеет отношение окружающих к курению и курящим людям. Особенно это касается врачей и другого медицинского персонала, которые должны показывать пример негативного отношения к курению своим пациентам. Трудно представить себе, как курящий врач побуждает своего пациента к отказу от курения.

Цель исследования. Анализ распространения табакокурения и отношения к нему среди будущих врачей (студентов медицинской академии).

Материалы и методы. Проведен опрос путем анкетирования студентов младших и стар-

ших курсов медицинской академии. Число выборки — 386 человек, из них 173 человека — студенты I-го курса, 213 человек — старших курсов (V и VI курсы).

Результаты исследования. При опросе студентов младших курсов выявлено, что курение носит чаще случайный характер (57,2 %), при этом большинство (85,7 %) выкуривают от 1 до 10 сигарет в день, остальные 14,3 % — не более 20 сигарет в день. Мотивацией к курению является подражание в 2,9 % случаев, самоутверждение — в 5,7 %, «за компанию» курят 20 % и «просто так» — 71,4 % курящих студентов.

Причем у некурящих детей и родители не курят в 60,8 % случаев, курит только отец в 36,2 %, курит мать или оба родителя в 3 % случаев. У курящих студентов родители не курят всего лишь в 34,4 %, курит один отец в 42,8 %, только мать в 11,4 %, курят оба родителя в 11,4 % случаев. Таким образом, существует прямая зависимость между курением родителей, особенно матери, и курением их детей.

Начали курить в возрасте до 15 лет — 15,4 %, после 15 лет — 48,6 %. Более 60 % курящих студентов хотели бы бросить курить, но только 40 % из них пытались это сделать. Интересно, что из всех опрошенных лишь один человек не знает о последствиях курения.

Опрос студентов-старшекурсников показал, что количество курящих (в сравнении с младшими курсами) возросло на 6 %, при этом несколько уменьшается процент женщин среди курящих (с 42,8 % до 39,3 %), курение приобретает постоянный характер у 69,6 %, увеличивается количество выкуриваемых за день сигарет (9 % выкуривают более 1 пачки сигарет в день). Подавляющее большинство при этом курят «просто так» (71,4 %) или «за компанию» (25 %). Желание бросить курить на старших курсах имеется уже у 70 % курящих, 46 % из них пытались это сделать. Все опрошенные студенты знают о вреде курения, его влиянии на потомство, сердечно-сосудистую систему, легкие и другие органы.

Заключение. Результаты исследования показали большое распространение курения среди студентов медицинской академии, 42 % среди юношей, 12 % среди девушек на младших курсах. К окончанию академии процент курящих увеличивается, соответственно, до 54 % и 14,7 %.

Необходимо активное проведение санитарно-просветительной работы среди студентов медицинской академии о влиянии курения на организм и недопустимости курения среди врачей, ведь врач должен охранять здоровье, а не вредить ему.

Т.С. СЫРНЕВ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

На кафедре нормальной физиологии КГМА были обследованы 124 студента 1-го и 2-го курсов лечебного и педиатрического факультетов, из них, 59 юношей и 65 девушек. Тип коронарного поведения у них определяли по анкете Дженкинса. Для выяснения успеваемости подсчитывали средний балл по двум зимним экзаменационным сессиям — наиболее сложным в восприятии студентов и емким по количеству экзаменов. Все исследования проводились на добровольной основе.

Средний балл успеваемости у обследуемых был $4,55 \pm 0,18$, причем у девушек он был несколько выше ($4,63 \pm 0,24$, при $4,47 \pm 0,28$ у юношей).

Из 124 студентов тип АВ выявлялся чаще типа А (55,64 % и 44,36 %, соответственно). Среди студентов типа А преобладали девушки (54,54 %). Тип АВ встречался среди юношей и

девушек одинаково часто (49,27 % и 50,73 %, соответственно).

Средний балл успеваемости у лиц типа А был выше, по сравнению со студентами, имеющими тип АВ ($4,71 \pm 0,32$ и $4,45 \pm 0,29$, соответственно). У девушек отмечен наиболее высокий балл ($4,77 \pm 0,40$), что говорит в пользу большей продуктивности учебной деятельности девушек. Среди студентов типа АВ средний балл у девушек также был выше, чем у юношей ($4,51 \pm 0,58$ и $4,39 \pm 0,62$, соответственно). Однако успеваемость даже у девушек типа АВ была ниже успеваемости юношей типа А.

Таким образом, следует констатировать, что успеваемость среди обследованных девушек была выше, чем успеваемость юношей; максимально высокая успеваемость отмечена у студентов с типом коронарного поведения А, особенно среди девушек этого типа коронарного поведения.

О.В. ЖИВОТОВСКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ЦЕНЗА

Научный руководитель — А.Г. Осипов

Кемеровский городской пульмонологический центр, г. Кемерово

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. В структуре заболеваемости она входит в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимает четвертое место среди причин смерти. Факторов риска ХОБЛ достаточно много, но главенствующая из них — это табакокурение. В последние десятилетия табакокурение распространилось особенно широко, при этом существуют большие различия по частоте табакокурения в различных странах и популяциях. Эпидемиологические исследования по табакокурению в России свидетельствуют о том, что мужчины курят значительно чаще, чем женщины, особенно это, касается той части населения, которая проживает в сельской местности. Однако данных по частоте табакокурения в рабочих коллективах, которые в производственном процессе подвергаются воздействию других вредоносных факторов, в отечественной литературе крайне недостаточно.

Целью работы явилось изучение частоты и интенсивности курения в зависимости от образовательного ценза. Для проведения работы

использовались специально разработанные анкеты на основе стандартизированных опросников ВОЗ. Условно за интенсивное курение принят индекс пачко-лет, превышающий 25. Всего проанкетировано 272 человека, из них мужчин 207 (76,2 %) и женщин 65 (23,8 %), в возрасте 20-69 лет. У мужчин, имеющих высшее образование, распространенность табакокурения составила 52,1 %, со средним образованием — 82,2 %, с начальным — 66,6 %. В группе мужчин с высшим образованием интенсивно курящие составили 6,5 % от общего количества обследованных, со средним образованием — 11,8 %, с начальным — 22,2 %. Среди женщин, имеющих высшее образование, частота курения составила 22,2 %, со средним образованием — 27,2 %, с начальным — 33,3 %. Интенсивно курящих женщин в исследуемых группах не наблюдалось.

Таким образом, сделан вывод о зависимости параметров курения от образовательного уровня. Отмечено, что частота и интенсивность курения значительно меньше у мужчин с высшим образованием, чем в группах со средним и начальным образованием.

О.В. ЖИВОТОВСКАЯ, А.С. ЖИВОТОВСКИЙ АНАЛИЗ ТАБАКОКУРЕНИЯ У РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП

Научный руководитель — Е.А. Вострикова

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В XXI век человечество входит с новой проблемой — резко увеличивается число больных с хроническими заболеваниями легких. В условиях ухудшающейся экологии увеличивается не только распространенность этих заболеваний, но и летальность. По прогнозам ВОЗ, в XXI веке летальность от заболеваний органов дыхания будет занимать 2-е место в общей структуре причин смерти. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из немногочисленных заболеваний, инвалидизация и смертность от которого продолжает неуклонно увеличиваться. Общеизвестно, что основными факторами риска ХОБЛ являются

курение, загрязнение окружающей и производственной среды, эндогенный дефицит альфа-1-антитрипсина. Наиболее агрессивная причина ХОБЛ — это табакокурение. Данных по частоте табакокурения в рабочих коллективах, производственный процесс в которых сопряжен с другими вредоносными факторами, в отечественной литературе крайне недостаточно.

Целью работы явилось сравнение распространенности курения у работников химических цехов КОО «Азот» и Кемеровского отделения Западно-Сибирской железной дороги. Для проведения работы использовались специально разработанные анкеты на основе стандартизирован-



ных опросников ВОЗ. Всего обследовано 830 человек, их возраст составил 20-69 лет. Среди 646 работников «Азота» – 440 мужчин (68,1 %) и 206 женщин (31,9 %). Среди 184 железнодорожников – 141 мужчина (76,7 %) и 43 женщины (23,3 %).

На КОАО «Азот» курящие мужчины составили 65,9 % от общего числа мужчин, причем максимальная частота курения отмечена в возрастной группе 40-49 лет (69,5 %). Частота курения среди

женщин, работающих там же, – 22,8 %, чаще всего курят женщины в возрасте 30-39 лет (30,3 %).

Курящие мужчины, работающие на железной дороге, составили 76,6 % от общего количества мужчин. Частота курения среди женщин этой профессиональной группы – 25,6 %.

Сделан вывод о большей распространенности табакокурения среди работников железной дороги, по сравнению с работниками химического предприятия.



Е.И. АРДАШЕВА
 ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ
 КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЕ
 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРФТОРАНА

Научный руководитель — А.Л. Кричевский
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Известно, что пусковым фактором ишемической (компрессионной) травмы является недостаток или отсутствие кислорода в мягких тканях. Опасной для жизни реакцией организма на реперфузию ишемизированных мягких тканей конечности может быть ишемический токсикоз. Другой закономерностью реперфузии остро ишемизированных тканей, которая может быть причиной ишемического токсикоза, является цитолиз поврежденных тканей, возникающий при их реперфузии, в частности, для конечности — миолиз, являющийся наиболее опасным компонентом острой почечной недостаточности, вследствие миоглобинурии. Следствием цитолиза, в зависимости от массы поврежденных тканей, может быть как ишемический токсикоз, так и общеизвестные постишемические изменения крови, мышц и т.д.

Весьма перспективным, но пока еще малоизученным, остается применение перфторана (отечественного кровезаменителя с кислородо-переносающей функцией, мембранопротектора, ди-

уретика) при тяжелой компрессионной травме конечностей.

Включение перфторана в комплекс эфферентных методов лечения изучалось у 6 пациентов (у 5 больных — тяжелая компрессионная травма мягких тканей конечностей, у одного — легкая травма, по классификации А.Л. Кричевского). У всех пациентов констатирован положительный терапевтический эффект, выражающийся в купировании нарастания тяжести токсикоза, острой почечной недостаточности и местных реперфузионных осложнений, при отсутствии летальных исходов. Отмечалось более раннее восстановление чувствительности и активных движений травмированных конечностей.

Эти данные служат основанием для использования нашего опыта лечения компрессионной травмы мягких тканей конечности, с применением перфторана как обязательного и нового компонента противоишемической терапии, в комплексе с эфферентными методами лечения данной травмы мягких тканей конечности.

Е.А. АФОНИН, П.Г. ВОЛЫКОВ, А.В. ИВАНОВ, С.Ю. БЕРНС
 АНАЛИЗ ТРАВМ КИСТИ

Научный руководитель — В.Н. Дроботов
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

Кисть во многом определяет работоспособность человека в современном обществе и, следовательно, травмы этого органа в значительной мере влияют на жизнь и работу людей.

Учитывая актуальность проблемы, мы провели анализ травм кисти за 1999-2001 гг. по данным ГКБ № 3 г. Кемерово.

Нами проанализировано 329 обращений в травматологическое отделение по поводу различных травм кисти (135 случаев в 1999 г.; 100 случаев в 2000 г.; 94 случая в 2001 г.) Средний возраст обратившихся составил 36 лет. Правая кисть травмировалась чаще (52 % в 1999 и 2000 гг.; 53,1 % в 2001 г.) Наиболее часто травмировались представители следующих профессий: группа, в которую входили плотник, то-

карь, столяр, слесарь (16,3 % в 1999 г.; 22 % в 2000 г.; 14,9 % в 2001 г.) Далее следует группа тяжелого физического труда (рабочий, грузчик, тракторист) — 14,8 %, 9 %, 10,6 %, соответственно.

Соотношение закрытых и открытых повреждений складывается в сторону последних (63,7 % в 1999 г.; 63 % в 2000 г.; 65 % в 2001 г.). В картине травм кисти наблюдается преобладание осенних травм в 1999 г. (31,4 % случаев), весенних в 2000-2001 гг. (33 % и 28,6 %, соответственно).

Закрытые переломы составили 23 случая (17 %) в 1999 г.; 29 случаев (29 %) в 2000 г.; 30 случаев (32 %) в 2001 г. Открытые переломы составили 39 случаев (28,9 %); 33 случая (33 %); 25 случаев (26,5 %), соответственно.

При открытых повреждениях сухожилия были повреждены в 68 % случаев в 1999 г.; 70 % случаев в 2000 г.; 72 % случаев в 2001 г. Нервы были повреждены в 3 % случаев открытых повреждений в 1999 и 2000 гг.; в 4 % случаев — в 2001 г.

При закрытых повреждениях методами лечения были плановые операции с использовани-

ем различных металлоконструкций, шов сухожилий, нервов. При открытых повреждениях в 100 % случаев проводилась ПХО ран, антибактериальная терапия.

Среднее пребывание больных в стационаре составило 15 койко-дней в 1999 г.; 16 койко-дней — в 2000 г.; 13,4 койко-дней — в 2001 г.

С.П. БЕЛОЗЕРОВ, А.А. ЗАМИГУЛОВ
ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
НА МОДЕЛИ ШАХТНОЙ ТРАВМЫ, ПРИ ОТСУТСТВИИ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ «ЛЕГКИЕ-КРОВЬ»

Научные руководители — А.Л. Кричевский, Г.Н. Чернобай
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Комбинированные поражения при взрывах в угольных шахтах Кузбасса, как правило, смертельны. Непосредственной причиной смерти у 70 % тяжелопораженных является выпадение функции системы «легкие — кровь». Это связано с отравлением угарным газом, с одновременной баротравмой легких.

Нами впервые создана экспериментальная модель подобной шахтной травмы, получившая положительное решение на выдачу патента. Для временной замены пораженной системы «легкие — кровь» впервые применена интракардиальная инфузия искусственного газопереносчика перфторана. В пяти случаях из восьми на данной модели у крыс и морских свинок в период клинической смерти удается восстановить сердечную деятельность без самостоятельного дыхания. Последующая механическая вентиляция легких позволяет сохранить сердечную деятельность у животных на весь период проведения МВЛ.

Отмечено положительное влияние на характер сердечной деятельности интракардиального введения адреналина на фоне предшествующего

введения перфторана, что подтверждено электрокардиографически.

Морфологически воздействие перфторана на сердце подопытных животных проявилось в улучшении гемодинамики в сосудах микроциркуляции, с заменой сладжирования на гиперемию; уменьшении степени мукоидного набухания эндокарда и стенок артерий, вен; исчезновении вакуолизации кардиомиоцитов.

Таким образом, появляется возможность транспортировки тяжелопораженного в реанимационное отделение для дальнейшего его выведения из критического состояния.

Предлагаемый способ сердечно-легочной реанимации вошел в базу данных перспективных российских разработок, рекомендуемых Федеральным институтом промышленной собственности Роспатента, в качестве экспоната на шестом международном Салоне промышленной собственности «Архимед-2003» при поддержке Администрации Президента Российской Федерации и Всемирной организации интеллектуальной собственности.

М.А. ВАСЕНИН, М.В. ШМУЛЕВИЧ
ПРОКСИМАЛЬНАЯ КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ
БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ДОО КОЛЕННОГО СУСТАВА

Научные руководители — И.П. Ардашев, О.А. Стаценко
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово
МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово

Болевым синдромом, связанным с ДОО коленного сустава, особенно при двустороннем поражении, значительно ограничивает ак-

тивный образ жизни больного (занятия спортом, выполнение некоторых трудовых функций, связанных с нагрузкой на коленные сус-

тавы и пр.), а нередко приводит к инвалидизации.

Стандартное консервативное лечение в начальных стадиях ДОА, при сохранной оси конечности, дает, как правило, выраженный клинический эффект. Но при II-III стадиях заболевания, при нарушенной оси конечности (варусная или вальгусная деформация коленного сустава), эффект от лечения неубедительный и нестойкий, и только оперативное устранение этой деформации позволяет в последующем надеяться на устранение или уменьшение болевого синдрома.

Проводятся рентгенограммы коленного сустава с нагрузкой и предоперационное планирование, основным элементом которого является выбор оптимального размера спейсера для замещения дефекта костной ткани.

Предварительно проводится лечебно-диагностическая артроскопия коленного сустава, которая включает в себя: лаваж коленного сустава,

удаление свободных костно-хрящевых тел, резекция дегенеративно поврежденных менисков и патологических складок синовиальной оболочки, оценка состояния хряща наружного и внутреннего бедренно-большеберцовых суставов. Вторым этапом проводится корригирующая остеотомия, замещение дефекта спейсером из сплава пористого никелида титана, фиксация отломков подерживающей Т-образной пластиной.

Всего такие оперативные пособия выполнены 45 больным. Результаты лечения оценивались по схеме P. Ramussen (1973). У 93 % пациентов получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Стабильная фиксация отломков не требует дополнительной внешней иммобилизации, что позволяет в короткий срок получить полный объем движений в коленном суставе, значительно сократить сроки нетрудоспособности данных больных и надолго отсрочить тотальное эндопротезирование сустава.

Г.В. ВАВИН

РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ НА ТЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОСТРОЙ ГИПОКСИЕЙ ПРИ ИНФУЗИИ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Научный руководитель — А.Л. Кричевский
МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово

Поскольку существует точка зрения о том, что перфторан, как искусственный переносчик кислорода, может активировать процессы перекисного окисления липидов, негативно влияющие на исход, проводился контроль основных конечных продуктов перекисного окисления липидов — концентрации гидроперекисей липидов и малонового диальдегида.

У пораженных в возрасте 28-44 лет, которым в комплексе интенсивной терапии внутривенно вводился перфторан в терапевтических дозах (14 человек, из них 4 были с отравлением метгемоглобинообразующим ядом, 5 — с шахтной травмой, 5 — с множественной сочетаной травмой), исследованы уровни концентраций гидроперекисей липидов и малонового диальдегида. Исследованию подвергали плазму крови, взятую до инфузии перфторана, сразу после инфузии, с интервалом каждый час на протяжении первых 10 часов и с интервалом в 12 часов на протяжении последующих 10 суток.

Установлено, что после первого введения перфторана происходит увеличение concentra-

ции конечных продуктов перекисного окисления липидов на 8-17 % от нормальных показателей. В течение последующих 5-7 дней наблюдалось снижение до уровня, близкого к норме. Через 10 суток у 11 больных регистрировали стойкую нормализацию уровня маркеров перекисного окисления липидов. Погибли трое больных от причин, не связанных с инфузией перфторана (тяжелая черепно-мозговая травма, острая почечная недостаточность, гипокалиемия).

Таким образом, подтверждаются данные литературы о двухфазной реакции системы перекисного окисления липидов на введение перфторуглеродных соединений, к которым относится перфторан. Этот характер реакции не проявляется в токсическом влиянии перфторана на организм.

По-видимому, при выведении тяжело пораженного человека из критических состояний, в основе которых лежит острая гипоксия, на фоне применения перфторана, вредоносного влияния на систему перекисного окисления липидов не наблюдается.



С.О. ГЕРАСИМОВ
 ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАПАНА
 ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА
 (предварительное сообщение)

Научный руководитель – И.П. Ардашев
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

Несмотря на постоянное совершенствование методов консервативного лечения, количество неудовлетворительных результатов остается довольно высоким и колеблется, в среднем, от 11,5 % до 60 %.

Главные причины неудовлетворительных исходов консервативного лечения – недостаточная реклиация, несовершенная иммобилизация. В связи с этим, в последние годы появились исследования по модификации консервативных методов лечения для повышения их эффективности. Основные направления научного поиска: стимуляция остеогенеза и совершенствование методов реклиации. Существует целый ряд различных препаратов, обладающих остеиндуктивными свойствами: эмбриональная костная ткань, костный матрикс взрослого человека (трупный), фармпрепараты.

В последние годы зарубежные и российские фирмы интенсивно занимаются разработкой нового класса препаратов, действующих как временная основа для образования костной ткани. КоллапАн, созданный российской фирмой «Интермедапатит», также является гидроксипатитсодержащим препаратом. Он представляет собой особо чистый гидроксипатит с коллагеном и антибиотиком. Препарат имеет три формы выпуска: гранулы, пластины, гель. Этот препарат обладает остеиндуктивными, остеокондуктивными и антимикробными свой-

ствами, что позволяет значительно сократить сроки лечения и профилактировать инфекционные осложнения. КоллапАн, введенный в дефект кости, является матрицей для новообразующейся костной ткани и активизирует процесс остеогенеза. Имплантированный в костные дефекты препарат постепенно разрушается, с одновременным замещением новообразованной костью.

Мы решили использовать КоллапАн при консервативном лечении, после предварительной реклиации и устранения кифотической деформации, путем пункционной введения коллапана в диск и тело поврежденного позвонка, или при проведении задней транспедикулярной стабилизации позвоночника во время оперативного вмешательства. По нашим предположениям, введение КоллапАна при отдельных видах повреждений позвоночника позволит избежать оперативное вмешательство вообще, вследствие формирования спонтанного блока, поскольку возможность этого доказана рядом исследователей (Проценко А.И. с соавт., 1999, 2000).

Мы применили эту методику в клинической практике у трех больных. Каких-либо осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. За больными проводилось клинико-рентгенологическое наблюдение, что будет предметом наших последующих сообщений.

С.О. ГЕРАСИМОВ
 РОЛЬ РАННЕЙ РЕКЛИАЦИИ
 В ЛЕЧЕНИИ ПРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Научный руководитель – И.П. Ардашев
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

Несмотря на постоянное совершенствование методов консервативного лечения, количество неудовлетворительных результатов остается довольно высоким и колеблется, в среднем, от 11,5 % до 60 %.

Одним из методов консервативного лечения повреждений позвоночника является постепенная репозиция на гамаке или специальных реклинирующих кроватях или воздушных подушках.

По данным отдельных авторов, при этом методе лечения не удается достигнуть полноценной коррекции кифотической деформации и восстановления формы поврежденного позвонка из-за выраженного болевого синдрома, сопутствующей патологии. В клинике травматологии и ортопедии с 1970 года используется следующая методика для реклинации позвоночника: на специальной установке И.П. Ардашева (1974), после предварительной анестезии поврежденного позвонка по методу Шнека, больной укладывается на реклинирующий гамак с грузами до 50 % общего веса больного. Для получения реклинации и устранения болевого синдрома, проводятся физиотерапевтическое лечение, новокаиновые блокады, ЛФК. По нашему мнению, проведение ранней реклинации позвоночника в течение 2-

3 дней при свежем компрессионном переломе (клиновидном или оскольчатом) удастся полностью исправить кифотическую деформацию позвоночника, восстановить анатомическую форму поврежденного тела позвонка.

После достижения максимальной коррекции, в зависимости от характера перелома, возраста пациента и сопутствующей патологии, решается вопрос в сторону консервативного лечения или оперативного вмешательства на задних или передних отделах позвоночника, путем стабилизации металлическими конструкциями. Стабилизация передних отделов позвоночника по показаниям осуществляется ауто-трансплантатами из гребня крыла подвздошной кости или имплантатом из пористого никелида титана.

К.С. КАЗАНИН, А.Н. ПОПЛАВСКИЙ, Д.Я. БЕЛОВ
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРЕЛОМОВ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель – С.Б. Благова

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Переломы плюсневых костей составляют около 40 % переломов костей стопы.

Проанализированы 94 случая лечения пациентов в травмпункте ТМО № 1 за 3 года, с 1999 г. по 2001 г., с переломами плюсневых костей. Возрастно-половая структура больных свидетельствует о незначительном преобладании мужчин. Причем, мужчины травмировались, преимущественно, в трудоспособном возрасте, с 21-50 лет, а женщины – в молодом (21-30 лет) и старшем возрасте (более 60 лет).

Непроизводственный травматизм составил 80 %, в числе которого одинаково часто фиксировался бытовой и уличный травматизм – 41 и 45 %, соответственно.

Наиболее часто переломы плюсневых костей регистрировались у служащих – 37 %, у рабочих – 25 %, у учащихся – 20 %, у пенсионеров – 11 % и у не работающих – 7 %.

Правая и левая стопы страдали одинаково – 49 и 45 случаев. У 94-х пациентов были сломаны 118 костей. 74 случая – перелом одной кости, в 11 случаях – переломы двух костей и в 9 – переломы трех костей, причем у 61 пациента была сломана одна пятая плюсневая кость и у 5 – одна первая плюсневая кость.

Множественному перелому двух-трех костей подвергались 2-я, 3-я, 4-я плюсневые кости. Со смещением было 12 переломов. Все переломы были закрытыми. В 70 % случаев перелом локализовался в области основания кости, в 21 % – в диафизе и в 9 % – были переломы головки.

При лечении использовался, преимущественно, консервативный иммобилизационный метод с помощью гипсовой повязки, у 4-х пациентов для иммобилизации использовался скотч-каст, трем пациентам было проведено оперативное лечение – открытая репозиция и фиксация переломов металлическими конструкциями с памятью формы.

Иммобилизация продолжалась: при переломе одной кости – 25 дней, при переломе двух костей – 28 дней, при переломе трех костей – 32 дня. Трудоспособность была восстановлена при переломе одной и трех костей – через 32,8 дней, при переломе двух костей – через 31 день.

При сравнении сроков лечения со средне-российскими данными, в травмпункте ТМО № 1 срок лечения короче на одну неделю, что свидетельствует о положительном влиянии проведения лечения в специализированном учреждении на его качество.

К.С. КАЗАНИН, С.Н. ТЕРЕХОВ
ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ

Научный руководитель – И.П. Ардашев
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Переломы плюсневых костей составляют 1,2-5,1 % от всех переломов и 27,8-62,6 % от числа травм стопы (Черкес-Заде Д.И. с соавт., 1983). Открытые переломы наблюдаются в 4,5-12,2 % случаев (Каллаев Н.О. с соавт., 1983; Колонтай Ю.Ю. с соавт., 1980).

Они имеют ряд особенностей, которые влияют на течение раневого процесса, сроки и способы фиксации переломов. Нередко они сопровождаются повреждением сосудов, сухожильного аппарата и нервов. Часто возникают некрозы кожи с распространением воспалительного процесса на суставы стопы.

Под нашим наблюдением находились 61 человек с повреждениями плюсневых костей. Из этого количества больных открытые переломы встретились у 16 пациентов (26,2 %).

Прямой механизм травмы отмечен у 23 больных, не прямой – у 38 больных. Изолированные переломы плюсневых костей наблюдались у 20 больных, множественные – у 41 больного.

Основным методом лечения больных с открытыми переломами плюсневых костей является ранняя первичная хирургическая обработка (ПХО) раны с экономным иссечением нежизнеспособных тканей и использованием антисептиков. У одного больного из 16 с открытым повреждением тканей и множественны-

ми переломами была проведена ампутация переднего отдела стопы. У всех больных использовалась иммобилизация гипсовой повязкой до коленного сустава. У двух больных при переломах, сочетающихся с вывихом в суставе Лисфранка, осуществляли вправление вывиха, с последующей фиксацией спицей. В 3-х случаях с тяжелыми повреждениями мягких тканей применяли длительную внутриартериальную инфузию с комплексом лечебных препаратов. Больные находились в стационаре с открытыми переломами плюсневых костей в течение 3-4 недель.

Отдаленные результаты лечения переломов плюсневых костей изучены у 10 больных до 5 лет, с оценкой функциональных изменений: хорошие результаты – у 6 больных, удовлетворительные – у 3, неудовлетворительные – у одного, из-за неопорности стопы вследствие ампутации переднего отдела стопы.

Таким образом, открытые переломы плюсневых костей относятся к тяжелым повреждениям стопы. При переломах плюсневых костей стопы без смещения фрагмента иммобилизация осуществляется гипсовой повязкой до коленного сустава, при переломах со смещениями осуществляется дополнительная фиксация спицами.

А.В. КАРАЧАКОВ, Н.В. СПИВАК, М.В. ИСТОМИН,
П.В. ДОЦЕНКО, В.В. КАЛАШНИКОВ
ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
СПАРЕННЫМИ СПИЦАМИ

Научный руководитель – А.А. Григорук
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

Актуальность проблемы лечения переломов шейки бедренной кости связана с особенностью контингента пациентов и с социально-экономическими проблемами, как ЛПУ, так и большей части населения. У пожилых людей с переломами шейки бедренной кости (ПШБ) на первое место встает вопрос быстрой активизации, в связи с тем, что длительная неподвижность при консервативных методах лечения часто приводит к обострению сопутствующих заболеваний и

присоединению осложнений (пневмонии, пролежни).

Необходимые условия для сращения перелома и быстрой активизации – это стабильный остеосинтез имплантатами с малыми поперечными размерами, в связи с анатомо-физиологическими особенностями шейки бедра. Наиболее приемлемыми имплантатами следует считать канюлированные и монолитные стягивающие винты с концевой резьбой и множественный остеосинтез спицами.

Используя на практике способ остеосинтеза V-образными расходящимися напряженными спицами по А.Ф. Лазареву с соавт., мы внесли в него некоторые изменения: при введении лучи спиц располагать параллельно друг другу, как и все другие пары спиц между собой. Такое расположение спиц не препятствует компактизации отломков при осевой нагрузке, что снижает вероятность несращения перелома из-за резорбции костной ткани по линии перелома. Мы также усовершенствовали устройство для введения спаренных спиц.

Описанным способом оперировано 15 мужчин и 45 женщин в возрасте от 51 до 92 лет. Большинство из них имели различные сопутствующие заболевания. В течение первых трех суток со дня травмы оперировано 15 человек, до 6 суток – 23, до 10 суток – 13, позднее 10

суток – 9 пациентов. С первых суток после операции больным проводились дыхательная гимнастика и ЛФК. Больные усаживались в постели, позднее адаптировались к вертикальному положению и ходьбе на костылях. Наблюдавшиеся осложнения: пневмония у 1 пациента, цистит у 1 пациента, пролежни у 3 пациентов, летальных исходов не было. На костыли поставлены 53 пациента. Выписка производилась через 2-3 недели.

Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 3 лет прослежены у 20 человек. Постоянные боли испытывают 3 пациента, при ходьбе – 5, при изменении погоды – 6, болей нет – у 6 человек. Передвигаются на костылях 3 человека, с тростью – 11, не ходит – один. Способность к самообслуживанию сохранена у 19 человек. Миграция спиц выявлена в 5 случаях.

П.В. КОНДРАШОВ, С.Ю. БЕРНС, М.В. СМИРНОВ, О.А. ОГАНЕСЯН,
А.А. ВЕТОШКИН, А.В. ПОТАНИН, А.Н. ПРОКОПЬЕВ, Е.Е. ЕЩИН, В.В. МУЛИН
АНАЛИЗ ТРАВМ КИСТИ ВРАЩАЮЩИМИСЯ МЕХАНИЗМАМИ

Научный руководитель – В.Н. Дроботов
МУЗ Городская больница № 11, г. Кемерово

В последние годы значительно увеличилось число открытых ранений кисти, связанных с применением на производстве и, особенно, в быту различного рода электрострогальных, пилящих и режущих инструментов и станков. Наносимые такими механизмами повреждения относят к высокоэнергетическим. Зона разрушения тканей настолько велика, что часто возникает необходимость в пластических операциях. После ПХО в зоне повреждения и окружающих тканях возникает гипоксия, особенно дистального сегмента поврежденной кисти. На восстановительном этапе лечения важно предупредить нагноение ран и создать условия для более быстрого восстановления поврежденных анатомических структур. В травматологическое отделение ГБ № 11 за период 1999-2001 гг. поступили 51 пациент с травмами кисти вращающимися механизмами, по 17 человек в год. Есть зависимость травм от времени года, максимальное количество приходится на летне-осенний период (64 %), а точнее, август (16 %), сентябрь (16 %), ноябрь (14 %). Пик травматизма приходится на время наивысшей физической активности населения. Мужчины травмировались в 6,6 раз чаще женщин, среди травмированных преобладают люди 40-50-летнего возраста. Травмируются наи-

более часто на производстве (51 % случаев), по профессии больше травм у плотников и столяров (26 %). Больные поступали в отделение из травмпунктов (54 %), по СМП (34 %), самостоятельно (12 %). Больше травм от циркулярной пилы (40 %), электрорубанка, электрофуганка (39 %). При таких травмах отчленение пальцев наблюдалось в 50 % случаев, в основном, сразу трех, четырех (53 %), чаще травмируется третий палец (28 %) случаев. Остальные 50 % пациентов поступили с открытыми переломами кисти. Чаще перелом одного пальца – в 66 % случаев, наиболее часты травмы третьего пальца – 28 %. Травм левой кисти (72 %) больше, чем правой (28 % случаев). Сочетанные повреждения костей, сухожилий, сосудов, нервов были у 15 пациентов (32 % от всех). Всем пациентам проведена ПХО, шов сухожилий – 16 %, остеосинтез – 16 %, кожная пластика – в 12 % случаев. У 50 % пациентов операция закончилась формированием культи. После операции антибактериальная терапия проводилась у 12 % пациентов. Заживление раны первичным натяжением было у 87 %, вторичным – у 12 %, у одного пациента развился остеомиелит (1 %). Большинство пациентов провели в стационаре две-три недели (76 %).



С.Ю. ЛОСКУТНИКОВ
ОСОБЕННОСТИ РАН,
НАНЕСЕННЫХ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ
РАНЯЩИМ СНАРЯДОМ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Научные руководители — А.Л. Кричевский, И.П. Ардашев, В.Н. Дроботов
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Из высокоэнергетических ранящих снарядов мирного времени чаще всего можно встретить раны кисти, нанесенные электропилой в быту — до 45,2 % от всех открытых повреждений кисти (А.А. Фоминых).

В эксперименте у крыс изучали особенности ран дистальных отделов конечностей, сопоставляя данные о количестве форменных элементов крови в мазках-отпечатках этих ран на 3-и, 9-е и 15-е сутки.

Сравнивая полученные данные с аналогичными при огнестрельных ранах (Шапошников Ю.Г., 1997), мы не нашли больших различий на 3-и и 9-е сутки после нанесения травмы.

Это сравнение позволяет предположить сходство огнестрельной раны, нанесенной боевым оружием, с раной, нанесенной электропилой.

Подкожное паравульнарное введение перфторана при ране, нанесенной электропилой, способствует заживлению ее под струпом и сокращает сроки заживления, по сравнению с контрольной группой, на 1/3.

Причину положительного влияния перфторана на заживление этих ран можно усматривать в том, что перфторан, купируя местную гипоксию тканей, создает лучшие условия для регенерации поврежденных тканей.

М.В. СМЕРНОВ, О.Ш. ОГАНЕСЯН, Е.Е. ЕЩИН, А.Н. ПРОКОПЬЕВ,
А.В. ПОТАНИН, А.А. ВЕТОШКИН, С.Ю. БЕРНС, В.В. МУЛИН
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Научный руководитель — В.Н. Дроботов
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница № 11, г. Кемерово*

За 2000 год в травматологическое отделение МУЗ ГБ № 11 по экстренной помощи поступили 1067 больных. Больные, находящиеся в отделении с осложнениями травм опорно-двигательного аппарата, составляли 4,3 % (46 пациентов).

В первую группу осложнений вошли 28 больных с гнойными осложнениями, причем 19 из них поступили с обострением хронической инфекции (у 8 из них — обострение хронического остеомиелита, в одном случае пациент поступил с инфицированной раной области коленного сустава, препателлярным гнойным бурситом), а у 9 пациентов нагноения развились в отделении (в основном, мягкотканые, после ПХО).

Вторая группа осложнений — трофические нарушения, которые отмечались у 4-х пациентов, что составило 8,7 %. У двоих больных имелись выраженные трофические наруше-

ния после позиционного сдавления конечностей. В одном случае развился нейротрофический синдром стопы после лечения перелома пяточной кости по Илизарову. В одном случае имелась замедленная консолидация при переломе плеча, леченного по методу Илизарова.

Третья группа осложнений связана с тяжелой сочетанной травмой груди, легкого, органов средостения, таза, сопровождающейся шоком и кровопотерей. Таких больных было 11, что составило 23,9 %. Во всех случаях имелась гипостатическая пневмония и у двух пациентов — плеврит. Кроме того, в этой группе было три пациента с алкогольным психозом.

Четвертую группу составил один пациент, у которого перелом будра и голени осложнился жировой эмболией, мозговой формой.

Ф.В. ТИТОВ, Н.А. ВОЛЫНКИН
 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ
 С ВРОЖДЕННОЙ ТОТАЛЬНОЙ СИНДАКТИЛИЕЙ,
 В ЛЕЧЕНИИ КОТОРЫХ ПРИМЕНЯЛСЯ МЕТОД НАЛОЖЕНИЯ
 ДИСТРАКЦИОННОГО КИСТЕВОГО АППАРАТА

Научный руководитель – С.И. Головкин
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Полное восстановление функции кисти при лечении тяжелых форм синдактилии является важнейшим моментом адаптации ребенка в обществе.

Цель работы: Оценить результаты лечения детей с врожденной тотальной синдактилией методом простой одномоментной кожной пластики и методом наложения дистракционного кистевого аппарата.

Задачи работы: Оценить отдаленные результаты проведенного лечения, а также адаптацию ребенка в обществе.

Материалы и методы: Нами были обследованы 27 детей после проведенного комплексного лечения по поводу тотальной формы синдактилии, в среднем через 4 года. Операция проводилась, в среднем, в возрасте 6,5 лет.

В первую группу (18 человек) вошли дети, которым была проведена операция восстановления межпальцевого промежутка, требующая дополнительных местных тканей и пластики полнослойным кожным лоскутом. Во вторую группу

(9 человек) вошли дети, которым проводился дистракционный остеосинтез кистевым аппаратом. Метод лечения основан на наложении дистракционного кистевого аппарата внешней фиксации и, при получении запаса собственной кожи до 2 см, проводится кожная пластика без дефицита местных тканей.

Выявлено, что у детей первой группы функции кисти восстановлены полностью в 77,7 % случаев и, соответственно, в 22,3 % случаев отмечались рецидивы в виде сращения оперированного межпальцевого промежутка. У детей второй группы отмечалось полное восстановление функций кисти в 88,8 % случаев, в частности, мелких точных движений, схвата, противопоставления пальцев, что дало возможность детям быстро овладеть навыками письма, работы на компьютере и другими работами, требующими выполнения мелких точных движений кисти. В 11,2 % случаев наблюдался удовлетворительный результат, за счет незначительных межфаланговых контрактур.

А.В. ШАТАЛИН, Е.В. ИВЛЕВ
 ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ
 ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Научный руководитель – С.А. Кравцов
ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», г. Ленинск-Кузнецкий

Крупные ортопедические операции, в частности, эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов, несмотря на заметное улучшение хирургической техники, сопровождаются значительной кровопотерей. Особенность этих операций заключается в том, что общая кровопотеря составляет, по данным разных авторов, от 15 до 60 % объема циркулирующей крови (ОЦК) (Olle Hagg., 1997).

Цель исследования: изучение эффективности коррекции периоперационной кровопотери компонентами аутокрови, в сочетании с гипертонической гемодиллюцией во время плановых

операций – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Под наблюдением находились 34 пациента. Больные с тяжелой хронической патологией из исследования были исключены. Оперативное вмешательство в обеих группах проводилось под многокомпонентным эндотрахеальным наркозом. Объем планируемой кровопотери при проведении данной ортопедической операции предполагался около 1000 мл. Контрольную группу составили 16 больных, средний возраст $50,7 \pm 3,2$ лет. В контрольной группе восполнение кровопотери проводили компонентами донорской крови по общепринятой методике. Основную

группу составили 18 больных, средний возраст $53,2 \pm 1,7$ лет.

Аутоэритроцитарную массу и ауто-СЗП заготавливали в течение 7-10 дней до оперативного вмешательства. Забор аутогемокомпонентов проводился по оригинальной методике, разработанной в нашей клинике, и включал в себя три этапа. Объем заготовленных аутогемокомпонентов после трех этапов составляет: ауто-СЗП – 50-55 % от ОЦП больного, аутоэритроцитарной массы – 15 % от ОЦК.

Для контроля качества коррекции кровопотери оценивали количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит. Исследования проводили за сутки до операции и через сутки после окончания. Учитывали объем интраоперационной кровопотери и кровопотерю в течение первых суток после операции. В операционной проводился мониторинг артериального давления (АД), среднего АД, электрокардиограммы (монитор «Spase Labs»), пульсоксиметрии (монитор «Oxysat»).

В основной группе инфузионно-трансфузионная терапия проводилась по следующей методике. Непосредственно в операционной, за один час до операции, начинали проведение гиповолемической гемодилуции инфузией кристаллоидных растворов, в объеме 20-25 % от ОЦК. После начала операции продолжали инфузионную терапию растворами кристаллоидов до этапа операции, сопровождающегося максимальной кровопотерей. С этого момента в комплекс инфузионно-трансфузионной терапии включали ауто-СЗП. После проведения окончательного хирургического гемостаза, начинали аутотрансфузию эритроцитарной массы.

Объем интраоперационной кровопотери в основной группе составил $703,9 \pm 75,1$ мл, а в контрольной группе – $1014,4 \pm 111,2$ мл. Объем

кровопотери в течение суток после операции в основной группе составил $181,7 \pm 27,8$ мл, в контрольной группе – $500,6 \pm 96,5$ мл.

До оперативного вмешательства достоверных различий по изучаемым лабораторным показателям не выявлено.

Через сутки после оперативного вмешательства показатели гемоглобина, гематокрита и количество эритроцитов были выше в основной группе ($P < 0,05$) (таблица). Вероятно, такая динамика изучаемых параметров «красной» крови, в сравнении между группами, объясняется тем, что в процессе оперативного вмешательства в основной группе, на фоне гиповолемической гемодилуции, терялась «разведенная кровь», что обеспечивало меньшую утрату эритроцитов.

Таблица
Сравнительная характеристика показателей «красной» крови

Показатели	До операции		Первые сутки после операции	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Эритроциты (1012/л)	$4,6 \pm 1,2$	$4,3 \pm 0,1$	$3,8 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,2$
Гематокрит (%)	$39,2 \pm 1,0$	$37,2 \pm 1,3$	$32,9 \pm 0,1$	$27,2 \pm 1,4$
Гемоглобин (г/л)	$127,7 \pm 2,9$	$130,3 \pm 3,9$	$108,9 \pm 2,4$	$94,6 \pm 4,3$

Все оперированные пациенты переводились в палату интенсивной терапии с полностью скорригированной анемией. В раннем послеоперационном периоде необходимости в переливании компонентов донорской крови не возникало. В контрольной группе, в раннем послеоперационном периоде, у всех пациентов возникала необходимость переливания компонентов донорской крови.

Таким образом, предложенная инфузионно-трансфузионная тактика позволяет провести качественное восполнение кровопотери, без использования препаратов донорской крови, что существенно снижает риск возможных осложнений.

Н.В. ШКЛЯРОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ШАХТЕРОВ

Научный руководитель – С.Б. Благова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В структуре профессиональной заболеваемости (ПЗ) нарушения органов опоры и движения стойко занимают одно из ведущих мест. По данным И.В. Бойко и соавт., профессиональные заболевания опорно-двигатель-

ной системы (ОДС) занимают II-е место, лишь немного уступая неврологическим, и существенно превосходя пылевые ПЗ.

Для изучения структуры ПЗ ОДС нами проведено эпидемиологическое исследование на ос-

нове архивных данных за 1999-2001 гг. Изучались поражения ОДС у шахтеров (544 человека, из них: 103 – машинисты электровоза, 91 – горнорабочие очистного забоя, 32 – горнорабочие, 151 – проходчики, 167 – пенсионеры).

Наиболее частым поражением являлся деформирующий артроз суставов, причем поражение суставов верхних конечностей составили 81 %, суставов нижних конечностей – 19 %, среди которых на патологию коленных суставов приходится 80 %. Артроз верхних конечностей чаще выявлялся в локтевом суставе – 50,5 %, в межфаланговых и пястно-фаланговых суставах – 27,7 %, в лучезапястных – 13,9 %, в плечевых суставах 7,9 %.

По степени тяжести деформирующие артрозы I-й степени составили 36,8 %, II-й – 53 %, III-й – 10,2 %. Ограничение функции суставов выявлено у 14,2 % пациентов, причем нарушение функции I-й степени – у 71,5 %, II-й – у 26,7 %, III-й – у 1,8 % больных.

Поражение мягких тканей конечностей выявились в виде заболеваний мышц: миозиты, миофиброзы составили 44 %, эпикондилезы –

34,6 %, плечелопаточные периаартрозы – 17,6 %, другие поражения встречались в единичных случаях.

При анализе рентгенограмм костей кистей были обнаружены дегенеративно-дистрофические и функционально-приспособительные изменения, протекавшие с явлениями резорбции костной ткани или с избыточным костеобразованием, в виде разрастания ногтевых бугристых и перестройки губчатой структуры, приводящей к неравномерному, крупнопетлистому рисунку. Наиболее часто обнаруживались эностозы, кистовидные образования, регионарный равномерный остеопороз.

Подавляющее большинство пациентов были обследованы на выявление профессиональных болезней в возрасте 45-50 лет, то есть к моменту окончания выработки подземного стажа, когда заболевания уже проявлены и трудно поддаются коррекции. Желательно проводить целенаправленные медицинские осмотры у шахтеров более молодого возраста, с целью выявления начальных стадий поражения и своевременного лечения.



А.В. БАСМАНОВА, В.И. ШИРШИКОВ, И.М. ПРОХОРОВА, А.В. ПУЧКОВ
ПРОБЛЕМЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОГО МАТЕРИНСТВА
И РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Научный руководитель — Е.Д. Басманова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В России, по данным статистики, на попечении государства находятся около полу-миллиона сирот, это «социальные» сироты, сироты при живых родителях. В Кемерове 14 детских домов и школ-интернатов, в которых проживают 2500 детей.

Под наблюдением находились воспитанники младшей группы детского дома-школы № 6 (18 чел.). Лишь один ребенок не имел родителей (умерли). Остальные являлись «социальными» сиротами: у 11 детей родители были лишены родительских прав, от троих родители отказались, у 2-х детей оба родителя находились в тюрьме, один ребенок — оставлен без попечения (у матери — глубокое слабоумие). Во время беременности 14 будущих матерей в женской консультации не наблюдались, четверо — обратились в поздние сроки. Лишь у трех женщин настоящая беременность была первой. В 15 случаях беременности предшествовали многочисленные аборт (от 4 до 27). В четырех случаях имели место криминальные вмешательства, направленные на прерывание беременности. У 15 матерей уже были дети, воспитывавшиеся в детских домах. Почти все женщины, несмотря на ожидание ребенка, курили и употребляли алкоголь.

Пятеро детей родились раньше срока, в шести случаях отмечались домашние роды. Период

адаптации у всех новорожденных протекал на фоне поражения ЦНС, у 6 детей было диагностировано внутриутробное инфицирование, у пяти — затяжная желтуха. С раннего возраста младенцы были переведены на искусственное вскармливание. На первом году жизни фоновая патология выявлялась у 16 детей, 12 — болели частыми простудными заболеваниями, 10 — перенесли острую кишечную инфекцию. К моменту поступления в детский дом (в 3-4 года) восемь детей имели хронические заболевания, высокий инфекционный индекс оставался у 13, последствия перинатальной энцефалопатии — у всех воспитанников.

Серьезные отклонения в психоэмоциональном статусе отмечены у всех детей. Подавляющее большинство (14 чел.) отличались диффузной общительностью, фамильярностью в общении с незнакомыми людьми, прилипчивым поведением; у других, напротив, чаще выявлялся пониженный фон настроения, осторожность, боязливость, нежелание вступать в контакт со взрослыми и сверстниками. У всех детей выявлялась задержка нервно-психического развития.

Таким образом, одной из форм депривации в детском возрасте является ситуация сиротства. Дети, оказавшиеся в такой ситуации, нуждаются в длительной и комплексной реабилитации.

Т.А. БЕЛОЛИПЕЦКАЯ
СОМАТИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
ПОДРОСТКОВ – ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА

Научный руководитель — Е.Д. Басманова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Круглосуточное пребывание ребенка в детском доме откладывает определенный отпечаток на соматическое и психологическое состояние здоровья воспитанников. К этому предрасполагают особенности социального анамнеза. Более 96 % воспитанников из социально неблагополучных семей — неполных, с низким материальным достатком, антиобщественным поведением. С другой стороны, это дети, рожденные, от нежелательной беременности, протекавшей неблагополучно. Нередко, на фоне

агрессии со стороны матери к собственному ребенку, реализующейся через абортивное поведение. Неблагоприятные медико-биологические особенности анамнеза, постоянное нахождение в закрытых коллективах, бедность впечатлений, дефицит разностороннего общения у воспитанников детских домов способствуют развитию психосоматической патологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья подростков, воспитанников детского дома № 2 г. Кемерово.

Под наблюдением находились 70 детей 12-16 лет.

Высокие показатели личностной тревожности были выявлены более чем у половины подростков (62,3 %). Это свидетельствует о трудностях социальной адаптации, межличностных отношений и внутреннем дискомфорте. Высокая личностная тревожность часто сочеталась с высоким показателем агрессии (25,8 %), которая в данной ситуации носила защитный, оборонительный характер. Усиливали агрессию такие факторы, как отсутствие «личностного пространства» в условиях совместного проживания, фрустрация потребностей, неудовлетворительные отношения между детьми в коллективе. У большинства подростков отмечалась неадекватная самооценка (83 %), чаще высокая (56 %),

что свидетельствовало о душевном дискомфорте и неприятии себя. У подростков был выявлен высокой удельный вес хронической патологии желудочно-кишечного тракта (44,5 %), нервной системы (45 %). На долю хронических заболеваний ЛОР-органов приходилось 22,9 %, мочевыделительной системы – 10 %. В подростковом возрасте максимально часто имел место диффузный нетоксический зоб (у девочек – в 48 % случаев, у мальчиков – в 36 %). У каждого пятого подростка диагностировалась анемия, у каждого десятого – патология зрения. В 78 % случаев выявлялось нарушение осанки. Серьезные отклонения в состоянии здоровья детей диктуют необходимость в комплексной реабилитации, направленной на коррекцию соматического и психологического статуса.

А.Е. БОТВИНКО, Н.В. ВАХОНИНА, Т.Н. ВАХРАМЕЕВА
ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ
У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ,
ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ
ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Научный руководитель – Е.Г. Цой

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Внутриутробная гипоксия является наиболее весомым фактором в формировании патологии у детей в раннем неонатальном периоде. Исследование сердечно-сосудистой системы (ССС), являющейся индикатором деятельности организма, может помочь в оценке влияния перенесенной хронической внутриутробной гипоксии, как на организм в целом, так и на уровень адаптации. Важным, доступным и распространенным методом в исследовании ССС является электрокардиография (ЭКГ).

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей и динамики электрокардиологической картины у доношенных новорожденных детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

Мы наблюдали 15 детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, с рождения до выписки из роддома (5-8 дней). Анализу были подвергнуты клинико-anamnestические данные и ежедневные ЭКГ.

В клинике у этих детей наблюдались акроцианоз (у всех исследуемых), приглушенность сердечных тонов (у 10 чел.) и систолический шум (у половины детей).

У трети детей были выявлены ишемические изменения миокарда, сохранявшиеся в течение всего раннего неонатального периода (снижение сегмента ST ниже изолинии, сглаженность зубца Т, отрицательный зубец Т в крайних левых отведениях). У всех детей наблюдались явления ранней реполяризации желудочков, электрической альтернации, смещение сегмента ST ниже изолинии на 1-1,5 мм в правых грудных отведениях. У пяти младенцев обнаружены нарушения внутрижелудочковой проводимости. При исследовании ЭКГ троих детей выявлена неполная блокада правой ножки пучка Гиса. У двух детей – замедление атриовентрикулярной проводимости в первые сутки, с дальнейшей нормализацией. Укорочение интервала PQ выявлено у одного ребенка.

Таким образом, внутриутробная гипоксия приводит к дезадаптации ССС, что находит отражение в параметрах ЭКГ новорожденных в раннем неонатальном периоде. Электрокардиографическая картина может быть использована в качестве скринингового теста, отражающего степень гипоксического повреждения.



Л.А. ВАРИЧ, А.А. ОНИСЬКОВ
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ
С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Научный руководитель – Э.М. Казин
Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Общеизвестно, что здоровье учащейся молодежи определяется особенностями режима жизни, важнейшей составляющей которого является двигательная активность.

Цель нашей работы заключалась в изучении показателей психосоматического здоровья и функционального состояния сердечно-сосудистой системы студентов с разным уровнем двигательной активности.

В обследовании принимали участие студенты физического факультета, в количестве 45 человек (юноши в возрасте 16-18 лет), которые были поделены на две группы, в зависимости от уровня двигательной активности. В 1-й группе общий объем занятий физическими упражнениями не превышал 4-х часов в неделю, во 2-й группе – 6-10 часов в неделю.

Установлено, что гармоничное физическое развитие имеют 66,5 % юношей 2-й группы и 33 % студентов 1-й группы. У 46 % первокурсников с низким двигательным режимом зарегистрировано дисгармоничное физическое развитие с дефицитом массы тела. Среди представителей 2-й группы количество юношей с дисгармоничным физическим развитием составило 34,5 %.

При сравнении параметров сердечного ритма (СР) было установлено, что наиболее адекватно реагируют на ортостаз студенты 2-й группы – увеличением ЧСС (до $88,5 \pm 1,9$) и индекса напряжения (ИН) (до $197,5 \pm 37,9$). У студентов 1-й группы, при выполнении ортостатической пробы, отмечалось увеличение ЧСС (до $98,5 \pm 2,1$) и ИН (до $390,5 \pm 99,2$), что указывает на увеличенный расход функциональных резервов сердечно-сосудистой системы.

Анализ вегетативного статуса показал, что в 1-й группе отмечается большое количество юношей с преобладающим адренергическим механизмом регуляции СР – «симпатотоники». 2-я группа состоит из студентов, у которых значительно выражена роль вагуса во влиянии на СР – «ваготоники».

Высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) существенно влияет на развитие нарушений в работе ССС. У студентов с низким уровнем двигательной активности уровень (63,5 \pm 1,5) достоверно выше, чем у представителей 2-й группы (34,5 \pm 1,2) ($P < 0,05$). У студентов 1-й группы также зафиксированы высокие показатели по интроверсии и нейротизму, что свидетельствует о состоянии тревоги или реактивной депрессии.

Н.В. ВАХОНИНА, Т.Н. ВАХРАМЕЕВА
ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ
ДЛЯ ОЦЕНКИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ОПИАТОВ

Научный руководитель – Е.Г. Цой
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Кардиоинтервалография (КИГ) является наиболее адекватным методом для оценки адаптационных возможностей организма новорожденных, обеспечивая высокую информативность результатов исследования. Изменения параметров КИГ предшествуют клиничко-биохимическим сдвигам.

Целью исследования явилось изучение периода ранней неонатальной адаптации у новорожденных, перенесших внутриутробно воздействие опиатов с помощью КИГ.

Для достижения поставленной цели мы наблюдали 5 детей от матерей с наркотической за-

висимостью в первые 15 суток жизни. Исследования проводились на базе роддома № 5 Кемеровского областного перинатального центра.

Среди наблюдавшихся детей один ребенок родился при сроке гестации 36 недель, остальные – в срок. Все дети имели различные степени задержки внутриутробного развития, преимущественно по гипотрофическому типу.

Абстинентный синдром наблюдался у всех детей, у большинства с первых суток. Тяжелые проявления абстинентного синдрома отмечались у 3-х детей, длительность синдрома составила от 5 до 12 дней.

При анализе КИГ выявлена дизрегуляция сердечного ритма с первых суток жизни и снижение его мощности. Развитию максимальных проявлений абстинентного синдрома предшествовало максимальное снижение мощности волновой структуры сердечного ритма на 1-2 суток. В последующем у этих детей

формировалась стойкая гиперсимпатикотония.

Таким образом, КИГ позволяет выявлять нарушение регуляции сердечного ритма у детей, перенесших внутриутробное воздействие опиатов, а также может применяться для прогнозирования течения абстинентного синдрома.

С.Н. ВИТЯЗЬ

ФОРМИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПРОФИЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Научный руководитель — Э.М. Казин

Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Особенности развития взаимосвязей полушарий мозга человека определяются рядом факторов: полом, видом трудовой и учебной деятельности, воспитанием, врожденными особенностями. Обучение в старшем звене школы совпадает с периодом окончательного формирования индивидуального профиля функциональной асимметрии мозга (ФА).

С целью изучения особенностей формирования ФА у подростков в условиях профильного обучения, дважды были обследованы 203 ученика 8-х и 10-х классов обоего пола, обучающихся в гимназиях. У всех детей определялся индивидуальный профиль ФА, включающий коэффициент общей асимметрии (КА), коэффициенты сенсорной (КСА) и моторной (КМА) асимметрий.

Результаты обследования восьмиклассников свидетельствуют о достаточной сформированности ФА к 14-ти годам, близкой к распределению взрослых. Половые различия выражались в том, что у девочек чаще встречался правый профиль ФА, а у мальчиков — левый и симметричный. К 10-му классу наблюдалось дальнейшее формирование индивидуального профиля ФА школьников, которое проявлялось в уменьшении общей симметрии и левой асимметрии головного мозга.

При этом, изменения КСА от 8-го к 10-му классу были выражены более четко, чем изменения КМА, что свидетельствует о меньшей стабильности и зрелости структур головного мозга, а также об увеличении доминирования левого полушария школьников.

Сравнительный анализ ФА у учащихся разных профильных классов выявил, что уже восьмиклассники, в результате отбора в гимназию на основе успеваемости и желаний, отличались по профилю асимметрии. Так, в физико-математическом классе преобладали школьники с правым профилем асимметрии, в лингвистическом — с симметричным профилем, а в химико-биологическом — с левым профилем ФА. К 10-му классу отмечалось увеличение правых функций асимметрии в физико-математическом и лингвистическом классах. В гуманитарном и химико-биологическом классах уменьшилось количество «правшей» и учащихся с симметричным профилем ФА.

Полученные результаты свидетельствуют о продолжении процесса формирования индивидуального профиля ФАМ у учащихся 14-16 лет, на который оказывает влияние обучение по разным профильным программам.

В.В. ЖДАНОВ, С.В. ЗАХАРЕНКО

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель — С.М. Гордеев

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Многопрофильная детская клиническая больница, г. Кемерово*

Спонтанный разрыв желудка (СРЖ) у новорожденных является редкой патологией, которая впервые была описана в

1825 г. К 1982 году в литературе имелись сведения о 365 новорожденных с СРЖ. Количество наблюдений одного врача и даже одного лечеб-

ного учреждения редко превышает однозначную цифру (Григович, 1985).

На сегодняшний день нет единого мнения по поводу причин и факторов риска по возникновению данной патологии. Так, Ашкрафт (1996) в качестве факторов риска указывает недоношенность, асфиксию и обструкцию (пилоростеноз), тогда как Григович (1985) предлагает более широкий перечень факторов: анатомические дефекты мышц желудка, травмы и опухоли головного мозга, многоплодная беременность и т.д. J. Mue и K. Sharpe (1970) считают, что благоприятный исход возможен, если оперативное вмешательство будет произведено не позднее шести часов после разрыва. Предоперационная подготовка должна продолжаться не более двух часов. Летальность при данной патологии колеблется от 25 % (Ашкрафт, 1996) до 48 % (Григович, 1985).

Целью нашей работы явилось установление факторов, способствующих возникновению СРЖ, выявление основных закономерностей, характерных для СРЖ, а также поиск путей возможной профилактики СРЖ.

В ходе исследования проанализировано 9 историй болезни новорожденных с СРЖ, находив-

шихся на лечении в детском хирургическом отделении с 1991 по 1999 гг. Нами установлено, что в 100 % случаев в анамнезе отмечалась хроническая гипоксия плода, в 55,5 % – внутриутробная инфекция с поражением легких, в 33,3 % – гипотрофия II ст. Кроме того, нами выявлено, что отсутствует корреляция между выживаемостью и временем, прошедшим от момента разрыва желудка до выполнения ушивания отверстия.

Таким образом, факторами риска для возникновения СРЖ являются: хроническая гипоксия плода, внутриутробная инфекция, гипотрофия. Благоприятный прогноз зависит от сочетания срочности операции с качественной предоперационной подготовкой в полном объеме. Исходя из выявленных нами факторов риска, можно утверждать, что профилактика СРЖ у новорожденных является сложным многоэтапным процессом и должна начинаться на этапе планирования беременности (обследование и лечение хронических инфекций), продолжаться во время беременности (профилактика и лечение хронической гипоксии плода) и непосредственно после родов (динамическое наблюдение за новорожденными из групп риска).

Р.В. ЖДАНОВ, И.А. НЕЧАЕВА, А.В. БАСМАНОВА АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКГ У ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ г. КЕМЕРОВО

Научный руководитель – Е.Д. Басманова
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская клиническая больница № 7, г. Кемерово*

Электрокардиограмма является одним из распространенных функциональных методов диагностики. Для объективизации оценки функциональной способности миокарда, ЭКГ была внедрена в практику диспансеризации школьников.

Под наблюдением находились старшеклассники средней школы № 33 г. Кемерово (224 чел.). «Идеальная» ЭКГ зарегистрирована лишь у 41,5 % подростков. Наиболее часто у школьников диагностировались нарушения ритма – тахикардия (17 %), синусовая аритмия (15,8 %), брадикардия (2,2 %). У подростков чаще наблюдалась дыхательная аритмия. Однако у детей с лабильной вегетативной нервной системой отмечалась и синусовая аритмия, независящая от дыхания. У каждого пятого школьника (20,2 %) выявлялся синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). Этот феномен можно связать с наличием дополнительных врожденных путей проведения, расположенных в желу-

дочках, либо с проявлениями вегетативной дисфункции, с преобладанием вагусных влияний. По литературным данным, в редких случаях СРРЖ может иметь экстракардиальное происхождение (грыжа пищеводного отверстия, дивертикул пищевода).

Частой находкой у подростков оставалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса (12,8 %). Продолжительность желудочкового комплекса сохранялась в пределах возрастной нормы и не превышала 0,10-0,11 сек. У 20 % школьников выше перечисленные симптомы сочетались с обменно-трофическими изменениями в миокарде.

К редким электрокардиографическим находкам можно было отнести феномен укорочения интервала PQ (2,7 %) и синдром Вольф-Паркинсон-Уайта (0,4 %). Феномен укорочения интервала PQ сохраняется у многих подростков до 18 лет и может рассматриваться как вариант нормы при отсутствии приступов суправентрикулярной тахикардии.

Анализ ЭКГ здоровых подростков выявил значительное разнообразие электрокардиографических признаков, которые, при отсутствии жалоб и клиники, можно трактовать как вариант нормы. Данные феномены связаны с серьезной

эндокринной перестройкой организма подростка, изменением частоты сердечных сокращений и соотношения масс правого и левого желудочков, изменением скорости распространения импульса возбуждения в миокарде в процессе роста детей.

Е.В. КАЗАКОВА
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
ВЫПУСКНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГОРОДСКОЙ ГИМНАЗИИ
И СЕЛЬСКОЙ СРЕДНЕЙ ШКОЛЕ

Научный руководитель – Е.Д. Басманова

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья старшеклассников, обучающихся в гимназии г. Кемерово (I группа, 31 чел.) и Урской сельской средней школе (II группа, 37 чел.) Гурьевского района. Состояние здоровья детей отслеживалось в динамике. При поступлении в 1-й класс, 59,5 % учащихся п. Урский имели I-ю группу здоровья. У гимназистов этот показатель составил 32,3 %. Функциональные отклонения у сельских школьников диагностировались в 37,8 % случаев, у городских – в 41,8 %. Хронические заболевания выявлялись у каждого четвертого гимназиста (25,8 %) и лишь у 2,7 % детей из сельской школы. К выпускному классу удельный вес школьников с функциональными расстройствами и хронической патологией значительно увеличился. У гимназистов к 11 классу хронические заболевания диагностировались в 64,5 % случаев, у селян – в 46 %. В структуре хронической патологии у гимназистов-выпускников преобладали: хронический тонзиллит (29 %), атопический дерматит (16 %), хронический гастродуоденит (12,9 %), хронический пиелонефрит (6,5 %). Снижение зрения выявлялось у каждого пятого выпускника гимназии, нарушение осанки – у 70 %; более чем у половины учащихся диагности-

ровалась ВСД и диффузный нетоксический зоб I-й степени. У выпускников сельской школы ведущая роль принадлежала патологии желудочно-кишечного тракта (10,8 %), экзогенно-конституциональному ожирению (8,1 %). Снижение зрения выявлялось лишь у 5,3 %, реже встречались ВСД (16,2 %) и нарушение осанки (52 %); диффузный нетоксический зоб диагностировался у каждого третьего сельского школьника. Удельный вес детей с I-й группой здоровья к окончанию сельской школы сократился более чем в 2 раза и составил 27 %, в гимназии детей с I-й группой здоровья не было.

Полученные данные свидетельствовали об отрицательной динамике состояния здоровья детей в период обучения в школе. Более выраженные отклонения в состоянии здоровья диагностировались у выпускников гимназии. К этому предрасполагали интенсивность учебного процесса, увеличение школьных нагрузок и, как следствие, деформация режима дня, переутомление учащихся. Особенности проживания в крупном промышленном городе также оказывали влияние на состояние здоровья детей. Более высокий удельный вес хронической патологии у горожан можно связать и с большей доступностью медицинской помощи.

М.В. КАЛТАШКИНА, С.Н. ВИНИЧЕНКО, О.В. РОМАНОВА, А.Ю. БРАТЧИКОВА
К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ И ПОДДЕРЖАНИИ
ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Научный руководитель – И.М. Сутулина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Естественное вскармливание – единственный физиологический вид питания ребенка. В предшествующие десятилетия значи-

тельно уменьшилось число детей, находящихся на грудном вскармливании. Этому способствовала система работы родильных домов – многочис-



ленные противопоказания к прикладыванию к груди, раздельное пребывание матери и ребенка, строгая регламентация кормления ребенка, обязательный питьевой режим. В настоящее время, в соответствии с принципами Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», осуществляется реорганизация родильных домов, включающая совместное пребывание матери и ребенка, прикладывание ребенка к груди в родильном зале. Главная цель — обеспечить каждому ребенку длительное полноценное грудное вскармливание.

Проведено анкетирование матерей, имеющих детей первого года жизни. Основным источником знаний по вопросам грудного вскармливания 41 % женщин считают книги, 20 % — получили знания от своих родителей. Только 17 % женщин признали в качестве основного источника информации медицинских работников, еще 17 % — получили знания из всех указанных источников. В 5 % случаев женщины указали, что никто и нигде не давал им информации о вскармливании детей. Большинство женщин убеждены в необходимости грудного вскармливания и могут назвать от 2 до 5 его преимуществ. Однако 4 % респонденток считают, что грудное молоко хуже искусственных смесей.

Женщины, приложившие детей к груди сразу после родов и пребывавшие в роддоме совместно с ребенком, ориентированы на более длительное грудное вскармливание, 68 % из них собираются кормить грудью до 1-1,5 лет. 58 % женщин, раздельно находившихся с детьми, считают достаточным кормление грудью до 6 месяцев. 78 % женщин, совместно находившихся с детьми, признали совместное пребывание с ребенком оптимальным, т.к. это дает возможность контроля за состоянием ребенка, лучшего ухода за ним, вскармливания по требованию, освоения необходимых навыков ухода. В группе матерей, находившихся раздельно с детьми, только 45 % сожалеют, что отсутствовала возможность совместного пребывания. Основными недостатками совместного пребывания, по мнению женщин, являются усталость и недостаточная помощь персонала (36 %).

Таким образом, реорганизация роддомов является благоприятным фактором в сохранении и поддержании грудного вскармливания. Однако следует пересмотреть функциональные обязанности персонала — наряду с включением воспитательной и обучающей функций, необходимо сохранение полноценной функции ухода за ребенком, несмотря на присутствие в палате матери.

Е.В. КНЯЗЕВА

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Научный руководитель — Е.Д. Басманова

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Целью исследования явилось изучение влияния неблагоприятных факторов перинатального периода на здоровье детей. Под наблюдением находились 98 воспитанников Дома ребенка. У 12 из них выявлено тяжелое необратимое поражение центральной нервной системы, грубое отставание в моторном и нервно-психическом развитии (идиотия). Нами изучен перинатальный анамнез этих детей. Лишь один ребенок поступил из социально-благополучной семьи. Остальные дети были рождены в семьях, где родители злоупотребляли спиртным, вели антиобщественный образ жизни. В 10 случаях из 12 брак не был зарегистрирован. Подавляющее большинство матерей имели низкий культурный и медицинский уровень. У 9 женщин из 12 выявлялся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Лишь две будущие матери наблюдались в женской консультации с первых месяцев беременности, 7 — встали на учет после 30

недели беременности, остальные не наблюдались. У всех женщин во время беременности имели место хроническая фетоплацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода. Обострение хронических заболеваний или острые заболевания во время беременности отмечались у 10 женщин. У всех матерей роды протекали неблагоприятно. Недоношенными родились 5 младенцев (30-36 недель), 4 — путем Кесарева сечения из-за слабости родовых сил. Состояние здоровья всех детей после рождения было тяжелым, за счет грубой неврологической симптоматики и СДР (8 чел.), ГБН (2 чел.), острой пневмонии (2 чел.). У двух детей в первые сутки отмечалась остановка сердечной деятельности, 9 из 12 детей длительное время (5-30 дней) находились на ИВЛ. В последующем у 5-ти детей грубое поражение центральной нервной системы трансформировалось в детский церебральный паралич, у 4-х — в гидроцефалию. В трех случа-

ях была выявлена эмбриофетопатия, с множественным поражением органов и систем. Синдром врожденного или рано приобретенного слабоумия наблюдался у всех детей и носил стационарное течение (идиотия).

Таким образом, в этиологии перинатальной заболеваемости решающую роль играли соци-

альные условия жизни родителей, патология беременности, родов и послеродовые заболевания ребенка. Сочетание ряда неблагоприятных факторов привело, в конечном итоге, к тяжелой инвалидизации. Дети не курабельны, прогноз для жизни и здоровья – неблагоприятный.

М.Ю. ЛЕОНОВА, О.Н. УСТИМЕНКО
 ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ
 ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ
 ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Научный руководитель - Е.Г. Цой

*Кемеровская государственная медицинская академия,
 Кемеровский государственный университет, г. Кемерово*

Общеизвестно, что материнское молоко – превосходная и самая сбалансированная пища для малыша. Состав материнского молока идеально отвечает потребностям новорожденного в питательных веществах и обеспечивает его наилучшую адаптивность в процессе роста. Питание детей в грудном возрасте оказывает долговременное влияние на физическое развитие, состояние здоровья, коэффициент интеллектуального развития в последующие годы.

Целью данного исследования являлось изучение влияния времени первого прикладывания к груди и типа вскармливания на физическое и психомоторное развитие детей первого месяца жизни. Исследования проводились в психоневрологическом отделении детской многопрофильной больницы г. Кемерово.

Для достижения поставленной цели анализировались антропометрические показатели и психомоторное развитие у 25 доношенных новорожденных. Первую группу составили новорожденные, находящиеся на грудном вскармливании (14 детей), вторую – новорожденные на смешанном вскармливании

(11 человек). Психомоторное развитие оценивалось по методике «КАТ/КЛАМС», физическое развитие – по стандартной методике; математическая обработка проводилась посредством автоматизированной программы «Статистика».

В результате проведенного обследования выявлено, что между временем прикладывания к груди, типом вскармливания и психомоторным развитием ребенка есть достоверная корреляция. Дети, находящиеся на естественном вскармливании и приложенные к груди в ранние сроки, имеют более высокие показатели психомоторного развития (среднее значение коэффициента психического развития в первой группе – 125 %, во второй – 61,36 %). Достоверных отличий по параметрам физического развития между двумя группами не обнаружено.

Таким образом, дети, не имеющие отличий по физическому развитию и находящиеся на разном типе вскармливания, отличаются друг от друга по темпам психомоторного развития уже на первом месяце жизни. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, развиваются быстрее.

Д.В. МИККО
 К ВОПРОСУ О ДИАГНОЗЕ
 ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель – И.М. Сутулина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Под перинатальным поражением нервной системы понимают различные патологические состояния, обусловленные воздействием неблагоприятных факторов на плод

во время беременности и родов. Указанная патология, по данным литературы, признается одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных. Од-

нако обращают на себя внимание чрезмерно большие различия в статистических показателях, характеризующих уровень заболеваемости данной нозологической формой: от 1,8-6 до 712 на 1000 родившихся детей (M.I. Levene, 1990; M.A. Khan, 1992; A.B. Пальчик, 1997). В Кемерове при выписке из родильных домов диагноз перинатального гипоксического поражения нервной системы имеют практически все дети (92-98 %). Даже принимая во внимание социальные, культурологические и медицинские различия между Кузбассом, Россией и другими странами, такую существенную разницу в представлении о гипоксической энцефалопатии новорожденных нельзя считать естественной.

В условиях детской поликлиники № 16 г. Кемерово проведен анализ анамнестических и клинических данных (с момента выписки из родильного дома до 3-х месяцев) 1300 детей, которым в родильном доме был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС. Каких-либо отклонений в психомоторном развитии или рефлекторно-двигательной сфере не имели 487 детей

(37,5 %); имевшиеся и купировавшиеся в первые дни жизни признаки гипервозбудимости являются физиологическими для периода послеродовой адаптации. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости отмечался у 335 детей (25,8 %). Синдром двигательных расстройств установлен у 394 детей (30,3 %). У 78 детей (6 %) имелся гипертензионно-гидроцефальный синдром, у 6 детей (0,4 %) — судорожный синдром.

Таким образом, диагноз перинатального поражения нервной системы был правомерен лишь у 63,5 % детей. В 1/3 случаев указанный диагноз был поставлен неверно. Гипердиагностика не имеет никаких административных, юридических, этических последствий для врача, но при этом влечет за собой ряд финансовых и психологических проблем: избыточная нагрузка врачей, диагностических служб, неоправданное расходование финансовых средств, как государства, так и семьи. Родители необоснованно считают ребенка больным, что может явиться причиной внутрисемейных психологических конфликтов, нарушения формирования личности ребенка.

А.Г. НАВОЯН, Н.А. ВОЛЫНКИН СЕПСИС У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель — Л.Н. Игишева
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

До настоящего времени смертность от сепсиса у детей находится на высоком уровне — до 50 %. Поэтому ранняя диагностика этой смертельной болезни и выбор оптимальной тактики лечения является актуальной проблемой педиатрии и детской хирургии.

В связи с этим целью нашего исследования было изучение клинических и бактериологических особенностей современного сепсиса.

Проанализировано 34 истории болезни детей с 2000 по 2002 гг., находившихся в отделении реанимации МУЗ МДКБ и получавших лечение по поводу сепсиса.

Было выявлено, что чаще болели дети препубертатного и пубертатного возраста, из них мальчики встречались в 3 раза чаще. Основным клиническим симптомом на догоспитальном этапе была лихорадка. В среднем, за медицинской помощью дети обращались на 4-й день от начала заболевания. В момент поступления в больницу у всех отмечались признаки SIRS (синдром системного воспаления) и очага инфекции, поэтому диагноз «Сепсис» был очевиден. Преимущественно встречались очаги с локализацией в кос-

тной, дыхательной и нервной системах. Из очагов чаще всего высеивался золотистый стафилококк, из крови — только у одного больного была выделена микрофлора. Лечение включало антибактериальную, инфузионную терапию, ингибиторы протеолиза, кардиотонические лекарственные средства, коррекцию гемостаза и хирургическую санацию очагов. Эффективными были программы антибактериальной терапии, которые включали в себя защищенные В-лактамы (амоксиклав), цефалоспорины III-IV поколений (цефтриаксон, цефоперазон, цефепим), аминогликозиды (амикацин), метронидазол и ванкомицин, что совпадает с данными современной литературы по лечению сепсиса.

Таким образом, группами риска по развитию сепсиса являются дети 10-13 лет, мужского пола. Навыки выявления признаков SIRS позволяют на ранних этапах заподозрить сепсис и обеспечить адекватную тактику ведения, а бактериологический мониторинг — своевременную коррекцию антибактериальной программы, которая должна состоять из антибиотиков резерва.

Н.Н. НАУМОВА, Ю.В. ГАРЕЕВА, Л.Н. ЧУХВАНЦЕВА
 МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ НОВОРОЖДЕННОГО:
 КЕМЕРОВО – 2002

Научный руководитель – Е.Г. Костромина
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Сложившаяся демографическая ситуация в России заставляет обратить внимание общественности на вопрос воспроизводства населения. Актуальной проблемой сегодня становится рождение физически и психически здорового ребенка. Каков он, сегодняшний новорожденный? Проведен анализ медицинской документации 500 новорожденных детей, родившихся в г. Кемерово в 2002 году.

Средний возраст матерей составил 23,8 лет, 3 % детей родились от юных рожениц (18 лет и менее), 12 % матерей были старше 30 лет. Только 58 % женщин на момент родов состояли в зарегистрированном браке. 1/3 женщин были домохозяйками, 14 % женщин – учащимися, из них 1 % – ученицами средней школы. Состояние здоровья почти половины женщин было отягчено различной хронической патологией. 3/4 детей родились первыми родами, 1/4 детей – повторными родами, однако более чем в 50 % случаев рождению данного ребенка предшествовали медицинские аборт и самопроизвольные выкидыши.

Беременность осложнялась угрозой прерывания (43 %), гестозом (11 %). 55 % родившихся детей имели мужской пол, 45 % – женский. Удельный вес недоношенных детей составил 8 %. Средняя масса детей при рождении была 3071,5 г, средний рост – 51,9 см. Почти 1/3 де-

тей имели дефицит массы тела. У половины детей при рождении установлена асфиксия новорожденного. 78 % детей в раннем неонатальном периоде имели желтуху, в 14 % случаев она носила патологический характер. Диагноз перинатального поражения ЦНС был выставлен в родильном доме 92 % новорожденных. По нашему мнению, данный диагноз в 28 % случаев был ошибочным, так как дети имели лишь легкие признаки гиперактивности, купировавшиеся в первые дни после рождения, что является физиологическим явлением.

Таким образом, сегодня для оптимизации здоровья будущих новорожденных необходимо улучшить профилактику нежеланной беременности, так как предшествующие медицинские аборт способствуют развитию фетоплацентарной недостаточности, преждевременному прерыванию беременности, гипоксическому поражению плода. Высокий удельный вес желтух новорожденного, в т.ч. патологической, является маркером экологического неблагополучия в регионе, и требует дополнительных санитарно-гигиенических исследований. Гипердиагностика перинатального поражения нервной системы у новорожденных не является безобидной, т.к. увеличивает неоправданные финансовые затраты на необоснованное лечение и реабилитацию, наносит психологическую травму семье ребенка.

О.В. ОВЧИННИКОВА
 ЭНДОКРИННЫЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ
 НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

Научный руководитель – Э.М. Казин
Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Пубертатный период является критическим этапом онтогенеза, характеризуется напряжением адаптационных механизмов, связанным с интенсивными нейрогуморальными изменениями. Поэтому целью нашей работы стало изучение состояния эндокринных и вегетативных функций 86 девочек 13-16 лет, находящихся на разных стадиях полового созревания (ПС). У них исследованы содержание в крови гормонов (кортизола, пролактина, ТТГ, Т4 и Т3 – радио-

иммунными и иммуноферментными методами), а также состояние вегетативной регуляции сердечного ритма (СР) (автоматизированная кардиоритмографическая программа). Стадия ПС определялась по методике J. Tanner (1968): на II-й стадии ПС находились 31 человек, на III-й – 39, на IV-й – 16 девочек.

При исследовании эндокринного статуса выявлено, что концентрация пролактина и тироксина, с увеличением стадии полового созревания, досто-



верно нарастают, тогда как уровень тиреотропина и тиреоглобулина изменяются незначительно. Максимальная концентрация трийодтиронина является на II-й стадии полового созревания, а на III-IV-й стадии уровень его значимо снижается. Концентрация кортизола имеет тенденцию к увеличению от II-й к III-й стадии полового созревания, однако к IV-й стадии уменьшается ниже нормы. Таким образом, на II-й стадии ПС формируется симптомокомплекс, характеризующийся повышенной активностью гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы, что указывает на интенсификацию ростовых процессов и повышенный уровень основного обмена. На III-й и IV-й стадиях ПС потребность организма подростков в тиреоидных гормонах снижается. Увеличение концентрации пролактина указывает на активацию процесса дифференцировки тканей.

При анализе статистических показателей СР в покое оказалось, что уровень симпатических влияний выше на II-й и IV-й стадиях ПС, в сравнении с III-й. При ортопробе наибольшая активация симпатических влияний отмечалась на II-й стадии. На IV-й стадии вегетативные изменения при ортопробе были минимальны, вегетативное обеспечение ортостаза характеризовалось высоким уровнем симпатических влияний. Очевидно, что наиболее высокий уровень напряжения регуляторных систем отмечался на II-й и IV-й стадиях ПС. На II-й стадии это связано с активацией гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы. А на IV-й стадии, вероятно, объясняется тем, что данная группа была представлена в основном девочками с ускоренными темпами ПС, предъявляющими повышенные требования к адаптационным механизмам.

Е.Ю. ПОПОВА

СВЯЗЬ ТИПА СУБЪЕКТИВНОЙ СУТОЧНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ С ИЗМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В ТЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ДНЯ У СТУДЕНТОВ

Научный руководитель – Э.М. Казин

Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

Биоритмологические факторы, безусловно, оказывают влияние на адаптацию к различным видам деятельности, в том числе и учебной. Несмотря на многочисленные исследования, остается актуальной проблема приспособления к навязанным ритмам, вызванным учебной деятельностью в ВУЗе. В связи с этим, целью нашего исследования было изучение динамики функционального состояния организма студентов в течение учебного дня, с учетом типа субъективной суточной работоспособности.

В обследовании участвовали 39 студентов 1 курса социально-психологического факультета. Регистрация показателей проводилась 4 раза в сутки: в 8.30, 12.00, 16.00, 19.30 часов. Учебные занятия проходили во второй половине дня. При сравнении суточных изменений показателей психофизиологических функций у студентов, выявлено улучшение скорости зрительно-моторного реагирования в 12.00 и 16.00 час., по сравнению с утренним обследованием, и ухудшение к 19.30 час., что соответствует закономерной динамике суточной работоспособности и отражает период «вработывания» и развитие утомления к концу учебного дня. Изменение уровня функциональ-

ной подвижности имеет другие пики активности: в 12.00 и 19.30 час. Возможно, некоторый сдвиг «пиков активности» у наших студентов был связан с адаптацией к режиму обучения во вторую смену.

Анализ кардиоритма выявил следующую закономерность: утром у большинства студентов выявлялся сниженный уровень функциональных резервов организма, что объясняется тем, что организм еще «не проснулся», но реакция на ортопробу адекватная, что говорит о нормальном состоянии организма. К 12.00 часам функциональное состояние улучшается, а в 19.30 значительное снижение функциональных резервов сопровождается ухудшением реакции на ортопробу, что является результатом утомления к концу занятий. Нам не удалось выявить существенной связи динамики функционального состояния организма с типом субъективной суточной работоспособности, что, возможно, объясняется небольшим объемом выборки. Тем не менее, у вечернего типа в большей степени выражено улучшение функционального состояния организма к 12.00 часам, по сравнению с 8.30 час., и повышение уровня функциональной подвижности к вечеру.

Д.А. СТУПНИКОВ, О.В. ЛЫСЕНКО РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА

Научный руководитель — Т.А. Добряк

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Целью работы явилось изучение состояния здоровья детей с синдромом Дауна и путей реабилитации в условиях Дома ребенка. На протяжении последнего десятилетия в Доме ребенка ежегодно находится от 5 до 9 детей с синдромом Дауна в возрасте до 4-х лет. Анализ анамнестических данных (20 чел.) показал, что все дети рождены от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (настоящей беременности предшествовали медицинские аборты или выкидыши). У всех женщин беременность протекала на фоне анемии, хронической гипоксии плода, хронической фетоплацентарной недостаточности, гестоза или угрозы прерывания беременности. Каждый второй ребенок был рожден от матери старше 32 лет. Осложнения в родах (слабость родовой деятельности, множественные разрывы, акушерские пособия или кровотечение) диагностировались у 14 матерей. Двое детей родились недоношенными, каждый третий ребенок — в состоянии асфиксии.

Все дети с рождения отставали в физическом и психическом развитии. Отмечался диффузный характер слабоумия, при котором страдали не только интеллект и мышление, но и другие психические функции. На первом году жизни у де-

тей с синдромом Дауна отмечался высокий инфекционный индекс — 14 детей перенесли повторные ОРВИ. После года более половины детей продолжали болеть частыми простудными заболеваниями, 9 детей имели в анамнезе повторные бронхиты и отиты, 7 — пневмонии. Врожденный порок сердца был зарегистрирован у 4-х детей.

Высокий уровень заболеваемости, грубое отставание в психомоторном развитии диктуют необходимость в ранней психолого-медико-педагогической помощи. В условиях Дома ребенка находятся под постоянным наблюдением врачей-специалистов (педиатра, невролога, ортопеда, логопеда и психолога). Комплексная программа реабилитации направлена на развитие умственных и физических способностей, профилактику и коррекцию различных отклонений в состоянии здоровья, предупреждение инфекционных заболеваний. Индивидуальные программы обучения и оздоровления ориентированы на уровень развития каждого ребенка и его возможностей. До 4-х летнего возраста дети с синдромом Дауна находятся в Доме ребенка. В дальнейшем реабилитация и социальная адаптация продолжается в Доме инвалидов, где воспитанники получают образование и навыки профессии.

Н.С. ТИХОНОВ, М.Ю. ЛЕОНОВА ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель — Е.Г. Цой

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Перинатальная патология нервной системы занимает ведущее место в структуре заболеваемости новорожденных и может приводить к формированию стойкой психомоторной недостаточности либо синдрома минимальной мозговой дисфункции. Гидрокинезотерапия, как один из методов реабилитации детей с поражением нервной системы, оказывает разностороннее действие на дыхательный аппарат, сердечно-сосудистую систему, нервную систему, опорно-двигательный аппарат.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния гидрокинезотерапии на параметры физи-

ческого, нервно-психического развития, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.

Для достижения поставленной цели наблюдались 30 доношенных новорожденных в течение первых двух месяцев жизни. Исследование проводилось на базе психоневрологического отделения Многопрофильной детской клинической больницы г. Кемерово. Основная группа состояла из 10 детей, в комплекс лечения которых была включена гидрокинезотерапия, дети контрольной группы (20 младенцев) такое лечение не получали. Физическое развитие новорожденных оценивалось по стандартным методикам,

психоневрологическое развитие — по методике КАТ/КЛАМС, вариабельность сердечного ритма (ВСР) анализировалась с помощью автоматизированной системы «Ортоплюс».

В результате проведенного исследования в основной группе выявлена нормализация мышечного тонуса, уменьшение признаков повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. По параметрам физического развития сравниваемые группы не различались. Коэффициент психического развития «100 % и выше» определялся у половины детей в обеих группах.

При анализе ВСР, у всех детей с патологией нервной системы выявлена стойкая гиперсимпатикотония различной степени выраженности. В

основной группе, после проведения курса гидрокинезотерапии, наблюдали стабилизацию сердечного ритма (СР) с нарастанием доли низкочастотной составляющей. У части детей данные изменения сопровождалось повышением мощности высокочастотной составляющей очень низкочастотной составляющей, у других — снижением мощности всех составляющих СР, что является признаком снижения адаптивных возможностей организма.

Таким образом, анализ ВСР позволяет дифференцированно подходить к назначению гидрокинезотерапии, и ограничить применение данного метода у детей с исходно высокой мощностью очень низкочастотной составляющей СР.

О.А. ФЕДОРОВА, Н.В. ЖЕРЕБЦОВА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ 6-7 ЛЕТ

Научный руководитель — Е.Д. Басманова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Под нашим наблюдением находились учащиеся первого класса гимназии № 42 г. Кемерово (27 чел.). В течение учебного года у детей оценивались состояние здоровья, физическое развитие, адаптационные возможности организма (вегетативный и психоэмоциональный статус). Хронические заболевания были выявлены у 5 девочек и 2 мальчиков (хронический тонзиллит — 3 чел., atopический дерматит — 2 чел., хронический гастродуоденит — 2 чел.).

Как показали дальнейшие наблюдения, процессы адаптации протекали более благоприятно у первоклассников, возраст которых на момент поступления в школу превышал семи лет (I-я группа). В течение учебного года эти дети, в среднем, подросли на 3,2 см, прибавили в весе 2,1 кг. Остальные 11 школьников (до 7 лет, II-я группа) увеличили свой рост лишь на 2,2 см и прибавили в массе 1,8 кг.

К концу третьего месяца обучения в школе повышенный расход функциональных резервов организма и значительное напряжение механизмов адаптации (orto-plus) были диагностированы у 10 школьников, в том числе, у 8 первоклассников-шестилеток. Более часто нарушения адаптационных механизмов выявлялись у девочек (8 против 3). У мальчиков,

по нашим данным (6 против 2), чаще встречались нарушения психоэмоционального статуса. Об этом свидетельствовали высокий уровень личностной тревожности и наличие жалоб на эмоциональную лабильность, раздражительность, плаксивость, головную боль, повышенную утомляемость. Невротические реакции были более выражены у шестилетних первоклассников.

Нарушения в вегетативном и психоэмоциональном статусе предрасполагали к острым заболеваниям, пик которых пришелся на 4-7-й месяцы обучения в школе (декабрь-март). Всего заболели 8 детей (7 девочек и 1 мальчик). Вирусные инфекции с одинаковой частотой встречались как в первой, так и во второй группах. Однако у первоклассников-шестилеток ОРВИ протекала более продолжительно — $10 \pm 1,0$ дней, тогда как у первоклассников старше 7 лет — $7 \pm 1,2$ дней.

Сравнение адаптационных реакций при поступлении в школу детей в возрасте 6-7 лет показало существенные различия. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более тщательного отбора в школу детей, чей возраст к 1 сентября не достиг семи лет, и разработки комплексной программы реабилитации шестилетних первоклассников.

О.И. ХОХЛОВА, Е.А. БЕЛОГОРЦЕВА,
Г.М. ПРОТОПОПОВА, И.М. УСТЬЯНЦЕВА
ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ
С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», г. Ленинск-Кузнецкий

Целью данной работы являлось исследование изменений показателей липидного обмена и концентрации мочевой кислоты, а также активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антиоксидантных систем (АОС) в крови у детей с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) по гипотоническому и гипертоническому типу.

Нами обследовано 35 детей с ВСД. У всех детей диагноз ВСД был верифицирован с помощью клинико-инструментальных методов исследования. Дети были разделены на две группы. Первую группу составили 17 детей (5 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 10 до 15 лет (средний возраст $13,4 \pm 1,3$ лет) с диагнозом «ВСД по гипотоническому типу». Во вторую вошли 18 детей (11 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 11 до 15 лет (средний возраст $13,5 \pm 1,6$ лет) с диагнозом «ВСД по гипертоническому типу». Группу контроля составили 10 здоровых детей (5 мальчиков и 5 девочек), средний возраст $13,0 \pm 1,5$ лет.

Взятие крови для исследования проводили натощак из локтевой вены. Содержание холестерина (ХС), концентрацию триглицеридов (ТГ) и мочевой кислоты в сыворотке крови определяли автоматизированными методами на анализаторе «НТАСНИ-912», с использованием коммерческих наборов фирмы «Roche» (Германия). Содержание ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) определяли после преципитации ЛП низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП) фосфорновольфрамовой кислотой в присутствии солей марганца, с использованием коммерческих наборов фирмы «Dialab» (Австрия). Концентрацию ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП и величину индекса атерогенности вычисляли по общепринятым формулам. Концентрацию аполипопротеина-А1 (апо-А1) и аполипопротеина-В (апо-В) оценивали турбидиметрическим методом, с помощью наборов фирмы «Dialab» (Австрия). Определение б-липопротеидов в плазме крови проводили турбидиметрическим методом на спектрофотометре «SPECTRONIC-601».

Для оценки интенсивности ПОЛ в сыворотке крови измеряли концентрацию диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). О состоянии АОС судили по активности каталазы.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ «Microsoft Excell 2000» и «Statistica 5.0». Достоверность различий между группами определяли с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона-Манна-Уитни, при уровне значимости $P < 0,05$.

Проведенное исследование показало, что основные показатели липидного обмена и концентрации мочевой кислоты у обследованных детей обеих групп находятся в пределах физиологической нормы. Однако сравнительный анализ уровня исследуемых метаболитов у детей разных групп выявил статистически значимые различия. Так, было обнаружено, что концентрация мочевой кислоты у детей с ВСД по гипертоническому типу на 25 % ($P < 0,05$) превышает данный показатель у детей с ВСД по гипотоническому типу, и на 31 % ($P < 0,05$) — у детей контрольной группы, что подтверждает известный факт об участии повышенных концентраций мочевой кислоты в формировании артериальной гипертензии.

Увеличение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови у детей с ВСД по гипертоническому типу сопровождалось изменениями показателей липидного обмена, что проявлялось увеличением содержания ТГ (в среднем, на 26 %), б-липопротеидов (в среднем, на 18 %), ХС ЛПОНП (в среднем, на 25 %) и ХС ЛПНП (в среднем, на 22 %), и уменьшением параметров, характеризующих антиатерогенные ЛПВП: ХС ЛПВП на 26 % и 33 % (относительно значений у здоровых детей и у детей с гипотонией, соответственно), аполипопротеина-А1 (в среднем, на 11 %, по сравнению с контрольными величинами). Полученные результаты свидетельствуют о наличии атерогенных сдвигов в липидной транспортной системе крови у подростков с ВСД по гипертоническому типу.

При этом, в группе детей с ВСД по гипертоническому типу была обнаружена достоверная отрицательная корреляционная связь между концентрацией мочевой кислоты и содержанием ХС ЛПВП ($r = -0,72$) и апопротеина-А1 ($r = -0,62$), что подтверждает однонаправленность изменений липидного и пуринового обменов у данной категории детей.

При изучении интенсивности ПОЛ и состояния АОС было обнаружено, что концентрация диеновых конъюгатов у детей с ВСД по гипертоническому типу, в среднем, на 52 % выше, чем у детей двух других групп. При этом, активность каталазы у них не превышала контрольного уровня, что свидетельствует о дисбалансе в системе ПОЛ-АОС и является неблагоприятным фактором. У детей с ВСД по гипотоническому типу наблюдалась противоположная картина: увеличение активности каталазы на 36 % выше контрольных значений, при нормальном уровне диеновых конъюгатов и МДА, что, вероятно, связано с наличием компенсированного окислительного стресса у исследуемой группы детей. При длительном сохранении такой ситуации возможен срыв компенсаторно-приспособительных реакций.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у детей с ВСД по гипертоническому типу отмечается сочетание повышенного уровня мочевой кислоты и дислипидемии, выражающейся в увеличении атерогенных и уменьшении антиатерогенных показателей, а также усиление ПОЛ, что позволяет отнести исследуемый контингент подростков в группу повышенного риска по развитию сосудистой патологии. Наличие некоторого напряжения со стороны системы ПОЛ-АОС, выявленное у детей с ВСД по гипотоническому типу, также предполагает дальнейшее наблюдение за данной категорией детей.

Полученные результаты в дальнейшем могут быть использованы для разработки целенаправленных профилактических мероприятий у детей с вегето-сосудистой дистонией.

А.А. ЧЕРНЫХ
КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ВНУТРИУТРОБНО ПЕРЕНЕСШИХ
ВОЗДЕЙСТВИЕ НАРКОТИКОВ

Научный руководитель – И.М. Сутулина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Ущерб, причиняемый человеческому организму, не ограничивается влиянием лишь на самого индивидуума, но распространяется и на его потомство. Наркотические вещества способны поражать все органы и ткани плода. Этому способствуют и незрелость ферментных систем печени плода, замедляющая инактивацию наркотика, и особенности фетальной гемодинамики, когда часть токсических веществ попадает в системный кровоток, минуя печень, в неизменном виде. Особый интерес представляет изучение постнатального развития детей, внутриутробно перенесших наркотическую интоксикацию. Литературные данные о нервно-психическом развитии детей, перенесших внутриутробно наркотическую интоксикацию, неоднозначны и противоречивы, варьируя от полного отрицания существования долгосрочных неврологических дефектов до признания наличия у таких детей различной степени нервно-психических дисфункций. Признается и недостаточная изученность данного вопроса.

Цель исследования: получение объективной информации о нервно-психическом развитии детей раннего возраста, внутриутробно перенесших воздействие наркотиков, что позволило бы в дальнейшем создать систему прогнозирования развития у них неврологической патологии и определить комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

Нами были обследованы 28 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет 6 месяцев, матери которых употребляли во время беременности наркотические вещества (основная группа). В качестве контрольной группы были обследованы 28 детей, имевших сходные анамнестические данные, но не подвергавшихся воздействию психоактивных веществ (наркотиков или алкоголя). Было оценено нервно-психическое развитие детей (по методике А.Ю. Панасюка, Л.А. Бударевой, 1984), проведена электроэнцефалография. Использовалась компьютеризированная система регистрации и анализа ЭЭГ «Нейровизор». Статистическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы «STATISTIKA 5.1».

Дети основной группы были рождены от матерей в возрасте от 20 до 32 лет. Стаж наркомании удалось установить лишь у 9 женщин, в связи со сложностью получения достоверной информации у лиц данной социальной группы; он составил от 1,5 до 6 лет ($3,2 \pm 0,57$ года). У 13 женщин настоящей беременности предшествовали выкидышами и аборт, в т.ч. с криминальным вмешательством. Доношенными родились 22 ребенка, недоношенными – 6. У 17 детей имелась задержка внутриутробного развития I-II степени. Масса при рождении составила 1100-3840 г (в среднем, $2695 \pm 103,21$ г). В асфиксии родились 8 детей, у 3 детей имелась клиника

СДР, у двоих — аспирационного синдрома; 3 ребенка находились на ИВЛ, продолжительностью до 3 суток. У 22 детей с рождения имелась клиника абстинентного синдрома, которая продолжалась от 3 до 12 дней. У остальных детей с рождения отмечался синдром гипервозбудимости. У всех детей в неонатальном периоде диагностировалось поражение головного мозга, которое по тяжести было расценено как легкое — у 7 детей, средней тяжести — у 15 и тяжелое — у 6 детей. От 6 детей матери отказались в родильном доме, 4 ребенка были переданы на попечение государства на первом году жизни. 18 детей воспитываются в семьях, при этом с матерью проживают лишь 10, остальные воспитываются бабушками или опекунами.

При оценке нервно-психического развития было установлено, что в основной группе нормальное развитие имеют лишь 7 детей, пограничное развитие — 8, умственную отсталость в степени дебильности — 11, грубую задержку психического развития — 2 ребенка (в контрольной группе — 21, 3, 3 и 1, соответственно). Коэффициент психического развития (КПР), при норме 91-111 %, составил: $79,9 \pm 3,02$ % — у детей основной группы и $94,2 \pm 2,63$ % — у детей контрольной группы ($P < 0,001$). Таким образом, имеет место отставание нервно-психического развития детей исследуемой группы от сверстников. При разделении психического развития на сферы выявлено, что указанное отставание обусловлено, преимущественно, нарушением речевого развития ($P < 0,05$) и индивидуально-социального поведения ($P < 0,01$), а также отклонениями в адаптации ($P < 0,05$) и в грубой моторике ($P < 0,05$).

Статистический анализ параметров ЭЭГ показал наличие достоверных отличий электрической активности головного мозга у детей, внутриутробно перенесших воздействие наркотиков, по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$). Данные отличия имелись в лобных, передних и задних височных, центральных, теменных областях.

При анализе связей уровня психического развития и параметров ЭЭГ у детей, внутриутробно перенесших воздействие наркотических веществ, выявлены обратные корреляции (средней силы и сильные, $P < 0,05$) КПР и значений амплитуд и спектральных мощностей по всем ритмам в лобных, височных, теменных и затылочных отделах. Таким образом, имеется связь ЭЭГ-признаков раздражения коры головного мозга и КПР, что подтверждает зависимость уровня психического развития от степени поражения головного мозга при внутриутробной наркотической интоксикации.

Таким образом, у детей, перенесших внутриутробно воздействие наркотиков, имеет место отставание в нервно-психическом развитии. Наряду с социальным фактором, это представляет угрозу для формирования здоровой личности и требует проведения реабилитационных мероприятий. Исходя из полученных результатов следует, что электроэнцефалография может быть использована как объективный метод оценки функционального состояния головного мозга у детей, внутриутробно перенесших воздействие наркотических веществ. Результаты ЭЭГ должны учитываться при прогнозе нервно-психического развития ребенка и при динамической оценке эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.



А.Н. АНАСТАСОВ, О.В. ЕВСТРАТОВ
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
АНТРОПЛАСТИКИ В КЛИНИКЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

На современном этапе развитие медицины неразрывно связано с разработкой и внедрением инновационных технологий в сфере диагностики, лечения и реабилитации. Дентальная имплантация, как раздел стоматологии, зародилась и получила теоретическое обоснование в середине XX века, но, несмотря на свою молодость, вряд ли на сегодняшний момент существует более динамично развивающийся раздел стоматологии. Возросший интерес к методу дентальной имплантации искусственных опор, как со стороны пациентов, так и со стороны врачей, связан, в первую очередь, с демографическим положением в мире. На сегодняшний день, по данным ВОЗ, в большинстве развитых стран мира наблюдается естественное старение населения, связанное с увеличением продолжительности жизни. Кроме этого, фундаментальные исследования XX века в области физики, математики, химии, материаловедения и других разделов науки и техники значительно обогатили возможности современной медицины и позволили перейти на качественно новый уровень оказания помощи той категории пациентов, лечение которых ранее считалось невозможным.

Устранение дефектов зубных рядов с использованием дентальных имплантатов является одним из современных методов лечения данной патологии и все шире применяется в клинической практике. Проблема применения дентальных эндоссальных имплантатов при атрофии альвеолярных отростков верхней челюсти в проекции ее синуса до настоящего времени остается актуальной и требует конструктивного решения. Основным условием успешного исхода имплантации в данных отделах является наличие достаточного запаса костной ткани альвеолярного отростка, который должен быть не менее 10 мм в вертикальном направлении. Однако у пациентов с концевыми и включенными дефектами зубных рядов верхней челюсти старше 30 лет в 30 % случаев расстояние от гребня альвеолярного отростка до дна верхнечелюстного синуса составляет всего 4-6 мм. До недавнего времени такая атрофия альвеолярной кости в проекции верхнечелюстного синуса рассматривалась как противопоказание для проведения метода дентальной имплантации на верхней челюсти.

В клинической практике наиболее часто встречаются случаи, при которых уменьшение

объема альвеолярной кости идет за счет увеличения объема верхнечелюстной пазухи. С целью восполнения утраченной костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции верхнечелюстного синуса, применяются различные методы увеличения объема кости за счет уменьшения объема верхнечелюстной пазухи. Среди этих вмешательств наибольшее распространение получили операции синуслифтинг и синусграфт.

В настоящее время эти вмешательства объединены в понятие «субантральной имплантации». В Областном имплантологическом центре нами разработана и внедрена собственная методика увеличения атрофированного альвеолярного гребня в боковых отделах верхней челюсти. Оригинальность предложенной методики синуслифтинга заключается в том, что забор костной трансплантационной ткани, производится с бугра верхней челюсти с той же стороны, где проводилась операция синуслифтинг. Такое перераспределение костной ткани в пределах одной анатомической области позволяет значительно снизить травматичность вмешательства. С целью оптимизации репаративной регенерации трансплантата нами предложено проведение очаговой декортикации внутренней компактной пластинки верхнечелюстного синуса. В качестве трансплантационного материала, помимо аутогенной кости, применялись препараты на основе резорбируемого гидроксилатапата Колапол-КП-3. Соотношение аутокости и гидроксилатапата в трансплантате составляло 1 : 1. Гидроксилатапат является резорбируемой основой костеобразования и обуславливает кондуктивный остеогенез. Введение в состав трансплантата аутокости позволяет обеспечить остеобластический остеогенез посредством наличия детерминированных остеогенных продромальных клеток, обладающих собственной потенциальной способностью к костеобразованию.

В клинике Областного имплантологического центра, в период 1997-2002 гг., обследованы 210 человек, имевших показания к проведению операции синуслифтинг. После диагностического этапа, 163 пациентам (112 женщин и 51 мужчина, в возрасте 21-70 лет) были проведены оперативные вмешательства:

- синуслифтинг с одномоментным проведением имплантации,
- синуслифтинг с отсроченным проведением имплантации,

- синусграфт с использованием баллонной технологии.

Основным критерием, позволяющим провести хирургическое вмешательство того или иного типа, служили данные, полученные в ходе компьютерно-томографического исследования. Если определялось, что высота альвеолярного отростка в проекции дна синуса больше 4 мм, то выполняли операцию синуслифтинг с одномоментным проведением имплантации, меньше 4 мм – с отсроченным проведением имплантации. 4 мм – это минимально необходимый запас кости, который позволяет соблюсти принцип «первичной стабилизации» имплантата.

По первой методике прооперированы 72 человека, установлено 256 имплантатов (142 цилиндрических пористых, с $d = 3,5$ мм и дли-

ной 10 мм, и 114 винтовых). По второй методике прооперированы 49 человек, установлено 167 имплантатов (121 пористых цилиндрических, с $d = 3,5$ мм и длиной 10 мм, и 46 винтовых). По третьей методике прооперированы 42 пациента, установлены 59 винтовых имплантатов.

На основании клинических, рентгенологических и морфологических данных, дентальные имплантаты были остеоинтегрированы в восстановленный объем костной ткани и выполняли функцию опоры для несъемного зубного протезирования в $94,5 \pm 1,2$ % случаев.

Таким образом, предложенные нами инновационные технологии субантральной имплантации значительно расширяют показания к несъемному зубному протезированию.

Е.В. БОРИСОВА КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ УШНОЙ АТРЕЗИЕЙ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

Врожденная ушная атрезия (ВУА) является одной из наиболее тяжелых форм поражения органа слуха. За последние годы отмечается тенденция к росту врожденных аномалий, в том числе и ВУА. В связи с этим, проблема повышения качества диагностики и эффективности лечения ВУА становится все более актуальной, как в медицинском, так и в социальном аспекте. Целью всей реабилитационной практики для больных с ВУА является минимизация ущерба для общества от инвалидизации этой категории пациентов. Основными пунктами достижения этой цели являются:

- ранняя оценка физического статуса пациента, с использованием общеклинических и специальных исследований (аудиологического и лучевого);
- составление индивидуального прогноза реабилитационных мероприятий;
- совершенствование реабилитационных методик, разработка индивидуальных программ реабилитации этой категории больных;
- более широкое, по показаниям, внедрение хирургического лечения, как наиболее эффективного метода повышения качества жизни пациента с врожденной ушной атрезией.

Выбор лечебной тактики для детей с ВУА должен быть обоснован результатами многопланового обследования, проведенного в кратчайшие сроки после рождения и обращения пациен-

та в специализированное лечебное учреждение, вне зависимости от односторонней или двусторонней патологии уха. Калибр наружного слухового прохода при врожденной ушной атрезии может быть стенотическим (частичная атрезия) и слепо заканчивающимся или атретичным (полная атрезия). Пациенты со слепо заканчивающимся или со стенотическим наружным слуховым проходом могут оставаться не выявленными в течение многих лет, если ушная раковина нормальная или мало изменена. Среди наших 55 пациентов было 5 детей, у которых ВУА была диагностирована в возрасте 3-6 лет, у одного из них она была двусторонней и поводом для обследования явилась задержка развития речи.

Анализ данных обследования наших пациентов показал превалирование у них полиморбидности, то есть наличия двух и более заболеваний или пороков развития. Наиболее часто сопутствующая патология была представлена сомато-вегетативными заболеваниями и другими пороками развития, включая патологию позвоночника, зрения, мочевыделительной системы. В связи с этим возникла необходимость в проведении целенаправленного лечения выявленной патологии.

Особенно важно проведение раннего аудиологического обследования, чтобы выявить остатки полезного слуха и определить потребность в усилении звуков. При выявлении ВУА у новорожденного, педиатр должен срочно направить ребенка на дальнейшее аудиологическое обследо-



дование. Задержка диагностики или выжидательная тактика при этом чреваты тяжелыми последствиями для ребенка. В случае поражения обеих ушей, возникает необходимость в слухопротезировании. Показания к этому определяют аудиометрией, импедансометрией, изучением поведенческих реакций, лингвистическими методами, исследованием слуховых вызванных потенциалов ствола мозга. У детей с двусторонней ВУА слухопротезирование рекомендуется проводить с 3-х месячного возраста, а слухоречевой тренинг должен начинаться с 6 месяцев (Jarsdoffer R., 1997). Предварительное аудиологическое и медицинское обследование могут быть закончены к первым месяцам жизни, и ребенок должен пользоваться слуховым аппаратом по костному проведению. По достижении 3-х летнего возраста, по нашим данным, возможно успешное хирургическое лечение, после соответствующего тщательного обследования с применением РКТ.

В соответствии с регистром групп высокого риска (AAP, 1982), ВУА идентифицируется как фактор высокого риска. Хотя медицинское вмешательство не является обязательным у ребенка с односторонней атрезией, исследование здорового уха (игровая аудиометрия) должно быть вы-

полнено в возрасте 2-3 лет, для подтверждения нормального слуха. Родители детей, рожденных с ВУА, должны изначально быть информированы о необходимости регулярного обследования здорового уха на предмет выявления среднего отита. Аудиологическое обследование противоположного уха дает возможность выявить и устранить такую незаметно протекающую патологию, как евстахиит, экссудативный средний отит, малые косточковые аномалии.

Атретичное ухо также может быть вовлечено в воспалительный процесс и проявлять признаки острого среднего отита. В случае подозрения на наличие среднего отита в атретичном ухе, требуется немедленная адекватная антибиотикотерапия для предотвращения осложнений (мастоидит, парез лицевого нерва, менингит и др.), которые требуют неотложной хирургии и несут риск ранней смерти. По достижении 6-летнего возраста пациенту с односторонней ушной атрезией должно быть проведено тщательное аудиологическое и лучевое обследование на предмет возможности реконструктивно-восстановительной операции и ее прогноза.

Комплексный подход к тактике реабилитации больных с врожденной ушной атрезией является залогом ее высокой клинической эффективности.

О.В. ЖАРКОВА КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Областной клинический онкологический диспансер, г. Кемерово

Актуальность. Поиск оптимальных методов лечения больных раком слизистой оболочки органов полости рта и ротового отдела глотки остается весьма актуальной проблемой, так как число таких пациентов увеличивается, а результаты лечения улучшаются медленно. Несмотря на совершенствование методов диагностики и хорошую доступность опухолей этих локализаций для визуального осмотра, более 2/3 больных к моменту установления диагноза уже имеют III и IV стадии заболевания.

Материалы и методы. Для лечения больных неоперабельными формами рака опухолей головы и шеи были созданы две оригинальные программы комбинированной химиотерапии. Первая из них включала три цитостатика: цисплатин в дозе 100мг/м² в 1-й день лечения, на фоне гипергидратации; 5-фторурацил в дозе 1000мг/м²/сутки с 1-го по 5-й день лечения в виде 120-часовой непрерывной инфузии; метотрексат в дозе 7 мг/м² с 1-го по 5-й день лече-

ния, внутривенно, одномоментно. Такая комбинация препаратов сделана на основании данных о синергетическом взаимодействии 5-фторурацила и цисплатина, и о кумулятивном влиянии метотрексата на 5-фторурацил.

Вторая программа также включала три цитостатика: цисплатин в дозе 100мг/м² в 1-й день лечения на фоне гипергидратации; адриамицин в дозе 20мг/м²/сутки в виде 120-часовой непрерывной инфузии; метотрексат в дозе 7 мг/м² с 1-го по 5-й день лечения, внутривенно, одномоментно. Включение в программу адриамицина основано на данных о его высокой противоопухолевой активности в виде монокимиотерапии по отношению к раку указанной локализации.

Отличительной особенностью этих программ является введение 5-фторурацила и адриамицина в виде длительной системной инфузии, что позволяет увеличить курсовую дозу препарата в 1,5-2 раза, по сравнению со стандартной. Инфузия осуществлялась через пластиковый катетер, уста-

новленный в подключичную вену, при помощи дозатора лекарственных веществ марки ДЛВ-1.

Лечение больных неоперабельными формами рака органов полости рта и ротового отдела глотки осуществлялось по трем программам:

1. Комбинированная химиотерапия цисплатином, 5-фторурацилом и метотрексатом (2 курса) + дистанционная гамма-терапия (ДГТ) в СОД 58-60 Гр – 45 больных.

2. Комбинированная химиотерапия цисплатином, адриамицином и метотрексатом + ДГТ в СОД 58-60 Гр – 30 больных.

3. ДГТ в СОД 60-66 Гр – 57 больных (контрольная группа).

Достоверных различий в распределении больных, в зависимости от основных прогностических признаков: пола, возраста, объективного статуса (оценивался по шкале ECOG), формы роста опухоли и распространенности опухолевого процесса, не было. Морфологическая верификация диагноза была выполнена у всех пациентов. Проведенная стратификация позволила признать группы репрезентативными.

Результаты. Оценка эффекта и токсичности химиотерапии осуществлялась в соответствии с рекомендациями ВОЗ по стандартизации результатов лечения онкологических больных. Отдаленные результаты лечения оценивались по показателям кумулятивной выживаемости. Общий эффект первой программы комплексного лечения составил $76,2 \pm 6,5 \%$, включая $40,5 \pm 7,5 \%$ полных регрессий, что оказалось достоверно выше, чем в контрольной группе, в которой аналогичный показатель составил $42,1 \pm 6,5 \%$ (процент полных регрессий – $14,0 \pm 4,5$). Эффективность второй программы последовательного химиолучевого лечения оказалась несколько ниже, чем первой ($60,6 \pm 9,2 \%$, полных регрессий – $28,5 \pm 8,5 \%$), но выше контрольной ($P < 0,01$).

Наивысший показатель пятилетней выживаемости был отмечен в группе химиолучевого лечения, включающей цисплатин, 5-фторурацил и метотрексат ($18,2 \pm 5,5 \%$), что выше, чем в группе лучевой терапии ($7,7 \pm 2,4 \%$) ($P > 0,05$). Во вто-

рой группе химиолучевого лечения пятилетняя выживаемость также почти в два раза превысила результат контрольной группы ($13,8 \pm 6,3 \%$), но различие недостоверно ($P > 0,05$).

Токсичность лечения была оценена у 75 больных, получавших в плане комбинированного лечения лекарственный компонент. В обеих группах преобладали такие виды токсичности, как гастроэнтерологическая, гематологическая и нефротоксичность. Лейкопения III-IV степени в первой группе была зарегистрирована в $11,8 \pm 1,9 \%$ случаев, во второй группе – в $8,1 \pm 3,4 \%$ случаев. Тошнота и рвота III степени чаще встретились у больных, получавших лечение по программе, включающей длительные инфузии 5-фторурацила – $11,5 \pm 1,9 \%$ против $6,5 \pm 3,1 \%$ у больных, получавших в режиме длительных инфузий адриамицин. Нарушения функции почек в виде протеинурии I-II степени отмечались практически с одинаковой частотой в обеих группах и не превысили 15 %. Следует отметить, что побочные проявления цитостатической терапии были умеренными и хорошо купировались назначением симптоматической терапии, что позволило нам расценить токсичность лечения, как умеренную.

Заключение. Непосредственные и отдаленные результаты последовательной химиолучевой терапии неоперабельных форм рака органов полости рта и ротового отдела глотки превосходят результаты одного лучевого лечения. Программа химиолучевого лечения, включающая цисплатин, 5-фторурацил и метотрексат показала лучшие результаты, по сравнению с программой, включающей цисплатин, адриамицин и метотрексат.

На основании изложенного материала нами был сделан вывод, что дополнение химиотерапии к лучевой терапии, не ухудшая значительно качество жизни пациентов, позволяет расширить терапевтические возможности такой сложной категории больных, как больные неоперабельными формами плоскоклеточного рака полости рта и ротоглотки, для которых до последнего времени методом выбора являлась только лучевая терапия.

Р.В. ЖУК, Е.В. БОРИСОВА

СЕКРЕТОРНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

*МУЗ Центральная районная больница Новокузнецкого района,
Областной клинический сурдологический центр, г. Новокузнецк*

Секреторный средний отит (ССО) характеризуется скоплением жидкости за интактной барабанной перепонкой, без каких-

либо местных и общих симптомов инфекции. Нередко такие случаи излечиваются самостоятельно или при небольшом противовоспалитель-

ном и противоотечном лечении в течение месяца (катаральная, секреторная стадии). Другая часть пациентов нуждается в соответствующей медикаментозной терапии и малых хирургических вмешательствах (секреторная и пограничная мукозная стадии). Приблизительно 25 % пациентов с мукозной и мукозно-фиброзной стадией устойчивы к любому виду лечения и вызывают серьезные проблемы. Необходимость в прогнозировании течения ССО очевидна.

Цель исследования: провести сравнительный анализ патоморфоза и эффективности лечения на разных стадиях ССО среди детей и взрослых.

Материалы и методы. Проведен анализ 487 историй болезни пациентов, получавших лечение по поводу ССО в отделении микрохирургии уха и реабилитации слуха Областного клинического сурдологического центра в 1997-2001 гг. В возрасте 6 мес.-15 лет было 269 человек. В возрасте 16-64 лет – 218.

Исследования включали сбор анамнеза, с выявлением возможных факторов риска в доклиническом периоде, выяснение объема и эффективности лечения в догоспитальном периоде. Эндоскопические исследования ЛОР-органов дополнялись отомикроскопией. Функциональные исследования включали тональную пороговую и надпороговую аудиометрию, игровую аудиометрию, различные лингвистические пробы, тимпанометрию и акустическую рефлексометрию. Для выявления патогенетических факторов нарушения функции слуховой трубы, проводили исследование с регистрацией изменения внутрибарабанного давления после проведения проб Тойнби и Вальсальвы в условиях атмосферного, повышенного и пониженного давления в наружном слуховом проходе. Проводили повторную импедансометрию после адреналинизации слизистой оболочки слуховой трубы.

Изучены патогенез и эффективность комплексной терапии ССО на разных стадиях, проведен сравнительный анализ результатов лечения в одинаковые периоды наблюдения в сопоставимых по численности двух группах пациентов: детей (I-я группа) и взрослых (II-я группа).

Результаты и обсуждение. В патофизиологии ССО, как у детей, так и у взрослых, ведущее значение имела дисфункция слуховой трубы разной формы и степеней выраженности. Воспаление, вызванное иммуносупрессией, на фоне отрицательного давления в барабанной полости провоцировало формирование персистирующего среднего отита с эффузией. Причинами стойкого нарушения функции слуховой трубы у детей были механические обструкции и воспалительные

процессы (частые ОРЗ, аденоидит, экссудативный этмоидантрит, аллергический ринит). У взрослых пациентов также были хронические воспалительные процессы в носу и придаточных пазухах носа, которые протекали неблагоприятно на фоне различных дисторсий в полости носа (искривление перегородки носа, аномалии носовых раковин). Провоцирующими факторами в обеих группах были ОРВИ. У большинства больных лечению в стационаре предшествовало длительное амбулаторное лечение, которое затягивалось до 1,5 мес. и более. У 4 детей и 13 взрослых ССО развился на фоне нейросенсорной тугоухости.

Комбинированное лечение было направлено на восстановление функции слуховой трубы, с учетом выявленных патогенетических факторов, удаление патологического секрета из барабанной полости и предупреждение его повторного появления. Дренирование барабанной полости осуществляли, применяя тактику «шаг за шагом»: от медикаментозно-физиотерапевтических воздействий до транстимпанальной тимпанотомии, с пролонгированным дренированием при использовании трубок.

Результаты слуха при выписке из стационара показали значительно большую эффективность лечения ССО у детей: средний прирост слуха в зоне речевых частот составил $24,3 \pm 1,7$ дБ, тогда как среди взрослых он был равен $12,4 \pm 2,5$ дБ. В первой группе возвращение слуха к норме и улучшение отмечены у 89,6 %, остался без перемен – у 10,4 %. Во второй группе слух улучшился у 17,5 %, остался без изменений – у 42,5 %.

Выявлена корреляция тимпанометрических данных с отоскопической картиной, между значениями давления в среднем ухе и податливостью. Отмечена лабильность ипсилатерального рефлекса стременной мышцы и его отсутствие в большинстве наблюдений при давлении в барабанной полости менее 100 даПа, даже при условии выравнивания его по обе стороны перепонки.

Заключение. Реабилитационные возможности у детей значительно превышают таковые у взрослых при экссудативных формах среднего отита, что может быть связано не только с компенсаторными возможностями детского организма, но и со своевременностью проведения лечебных мероприятий, адекватных стадии заболевания. Вместе с тем, запоздалая по срокам диагностика и неадекватное лечение секреторного среднего отита способствуют его переходу в более тяжелые формы, такие как адгезивный средний отит, тимпаносклероз и хронический гнойный средний отит с холестеатомой.

О.В. КИСЕЛЕВА
 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Научный руководитель – Л.И. Кузнецова
 Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Наибольшие трудности в детской эндодонтической практике вызывает лечение постоянных зубов у детей, когда корень находится в стадии роста. Нередко результатом лечения таких зубов является образование хронических очагов инфекции, неправильное формирование корня зуба или его недоразвитие, что, в конечном счете, ограничивает функциональные возможности зуба или ведет к его потере в ранний период жизни ребенка. Это связано с особенностями морфологического строения эндодонта и течения воспалительного процесса в формирующихся тканях пульпы и периодонта, где присутствует большой слой необызвествленного и инфицированного дентина внутри корневого канала и отсутствует анатомическое апикальное сужение в области дентино-цементной границы, что определяет максимальный контакт содержимого канала с периодонтом.

При планировании лечебной тактики врачу следует отдавать предпочтение витальным методам эндодонтического лечения, направленным на сохранение жизнеспособности всей или части корневой пульпы и создание условий для завершения роста корня. При необратимых деструктивных изменениях необходимо использовать

методы лечения, направленные на формирование твердотканного барьера, разделяющего просвет канала и ткани периодонта (метод апексификации).

На кафедру терапевтической стоматологии КГМА обратился пациент С., 14 лет, с диагнозом: «Хронический простой пульпит 47 зуба с несформированной верхушкой». После эндодонтической обработки корневых каналов под анестезией, проведено их временное пломбирование материалом «Calasept», сроком на четыре недели. Качество лечения оценивали по отсутствию клинических жалоб и данным рентгенологического контроля, через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Затем постоянное пломбирование осуществлялось с учетом эндодонтического лечения. В течение всего периода наблюдения осложнений не отмечалось. На рентгенограмме: завершение роста в длину, периодонтальная щель в норме, кортикальная пластинка сохранена.

Эндодонтическое лечение будет успешным, если учитываются морфофункциональные особенности эндодонта и периодонта, а также методика эндодонтического лечения постоянных зубов у детей при незавершенном формировании корней.

Е.А. ЛЕВОЧКИНА
 НОВЫЙ МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ДЕЦЕНТРАЦИИ ИОЛ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

В настоящем сообщении предлагается новый, более простой и доступный метод определения величины смещения оптического центра искусственного хрусталика относительно оптической оси глаза на щелевой лампе.

Техника метода. Предварительно достигается медикаментозный мидриаз на исследуемом артифактном глазу. Критерием необходимой величины мидриаза являлась визуализация хотя бы половины окружности оптической части интраокулярной линзы.

На один из окуляров щелевой лампы помещалась миллиметровая линейка, цена одного деления которой составляла 0,2 мм. На исследуемом глазу измеряли диаметр роговицы, диаметр линзы (если он не известен) и расстояние между лимбом и краем оптической части ИОЛ в тех меридианах, по которым предполагается смещение.

С помощью этих величин рассчитывали должное расстояние от лимба до края линзы:

$$Rd = Dc/2 - Dl/2,$$

где Rd – расстояние должное от края оптической части линзы до лимба, Dc – диаметр роговицы, Dl – диаметр линзы.

Затем вычисляли величину смещения оптического центра линзы:

$$A = Rf - Rd,$$

где A – величина смещения линзы, Rf – фактическое расстояние от лимба до края линзы, Rd – должное расстояние от лимба до края линзы.

Результаты и обсуждение. В сроки от 3 до 6 лет после операции обследованы 28 человек (40 глаз). Возраст больных – 52-77 лет. В одном случае положение линзы определить не удалось из-за выраженной ригидности зрачка (таблица 1).

Таблица 1
Степень смещения ИОЛ

0 мм	0,1-0,5 мм	0,6-1,0 мм	Более 1,0 мм	Всего больных
13 глаз	8 глаз	11 глаз	4 глаза	39 глаз

В 15-ти случаях линза была смещена вверх, в 5-ти — вниз, в 3-х — по горизонтали.

Из 40 обследованных глаз, лишь 17 не имели сопутствующей патологии, вызывающей снижение остроты зрения. В 2-х случаях найдена первичная глаукома, в 6 — вторичная катаракта. В 2-х глазах выявлена макулодистрофия, в одном случае — в сочетании с вторичной катарактой. В 6 глазах отмечена патология стекловидного тела, из них четыре сочетались с вторичной катарактой. В трех глазах диагностирована хроническая сосудистая недостаточность зрительного нерва, в одном случае — в сочетании с вторичной катарактой.

Остроту зрения оценивали в зависимости от положения ИОЛ. Учитывались случаи без сопутствующей патологии глаза (таблица 2).

Всего двое больных отмечали жалобы на быструю утомляемость при зрительной на-

рузке: один больной с центральным положением линзы и один больной с децентрацией на 1,2 мм. Один больной отмечал дугу перед глазом, при осмотре край оптической части линзы совпадал с краем узкого зрачка.

Анализируя полученные данные, можно предположить, что децентрация искусственного хрусталика до 1,3 мм не оказывает существенно влияния на зрительные функции. Их снижение, скорее, обусловлено сопутствующей патологией глаза. Наши данные несколько расходятся с результатами других авторов (Алиев А.Д. и Исмаилов М.И., 2001; Федоров С.Н. и Егорова Э.В., 1992), что, возможно, связано с разными методами оценки степени децентрации ИОЛ.

Таблица 2
Острота зрения глаз, в зависимости от децентрации ИОЛ

Величина смещения	Количество глаз	vis 1,0	vis 0,9	vis 0,6	vis 0,5	vis 0,2
0 мм	6	4	2	-	-	-
0,1-0,5 мм	4	2	1	1	-	-
0,6-1,0 мм	5	3	1	-	1	1
Более 0,1	2	1	-	-	-	-
Всего:	17	10	4	1	1	1

Л.Ю. ЛОШАКОВА, Т.С. ТРОИЦКАЯ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В настоящее время, несмотря на расширение сети стоматологических учреждений и улучшение их материально-технического обеспечения, не наблюдается положительной тенденции в отношении организации лечебно-профилактической помощи беременным женщинам.

На базе женской консультации Центрального района г. Кемерово было проведено изучение уровня оказания стоматологической помощи женщинам в период беременности.

Анализ полученных данных показал, что количество посещений будущей матерью стоматолога не превышает двух раз (данные выкопировки из 811 карт беременных). Всю стоматологическую помощь беременные получают вне женской консультации, так как данное учреждение не имеет стоматологического кабинета. Двукратная санация полости рта была проведена лишь у $54,51 \pm 4,96$ % женщин, а $10,62 \pm 1,90$ % беременных вообще не посетили стоматолога. И это при том, что стоматологические лечебно-профилактические мероприятия, выполняемые в тече-

ние беременности, должны осуществляться по единому плану диспансеризации: в первые 20 недель беременности, в период от 20 до 32 недель и после 32 недель.

При существующей организации стоматологической помощи беременным, невозможно выявить и осуществить контроль за факторами риска развития заболеваний полости рта женщины и будущего ребенка. Отсутствует возможность санации полости рта беременной в условиях раннего выявления начальных форм стоматологических заболеваний и проведения мероприятий по профилактике кариеса и заболеваний пародонта.

Как выяснилось, в плане «Школы будущих матерей» даже не предусмотрена стоматологическая тематика. Соответственно, упускаются такие важные части диспансеризации беременной женщины, как санитарное просвещение и гигиеническое воспитание.

Полностью отсутствует преемственность функции стоматолога женской консультации и детской стоматологической сети. Таким образом, детский стоматолог своевременно не получает

информацию о детях с антенатальной патологией развития и не может предпринять меры по предупреждению развития стоматологической патологии или развития осложнений стоматологических заболеваний у ребенка.

На основании вышеизложенного можно утверждать, что в настоящее время существует необходимость создания и внедрения новых форм стоматологической помощи беременным женщинам.

В.В. НОСЫРЕВ, Д.М. ГАРАФУТДИНОВ, Я.Л. МАСЕНКО ОПЫТ УДАЛЕНИЯ ФРАГМЕНТА КОРНЯ ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

МУЗ Клиническая стоматологическая поликлиника № 4, г. Кемерово

В практике хирурга-стоматолога достаточно часто, при удалении моляров и премоляров верхней челюсти, возникает такое осложнение, как перфорация дна верхнечелюстного синуса, с попаданием фрагментов корней в пазуху. Удаление инородного тела из синуса — сложная проблема, которая приводит к госпитализации пациента в стационар, с последующим оперативным вмешательством (радикальная гайморотомия по Колдуэлл-Люку). Травматичность операции, ухудшение качества жизни пациентов, а также финансово-экономические потери, связанные с временной утратой трудоспособности, заставляют искать новые пути решения этой проблемы и разрабатывать стационарозамещающие методики.

В апреле 2002 года нами разработана и успешно внедрена в практику амбулаторной стоматологической помощи населению методика диагностической и операционной эндоскопии верхнечелюстной пазухи на базе МУЗ КСП-4. Диагностическая и операционная эндоскопия верхнечелюстной пазухи по поводу перфорации после удаления зуба выполнена за Уралом впервые. Оригинальность разработанного метода заключается в том, что данная методика впервые была использована в амбулаторных условиях.

За это время у двух пациентов было проведено удаление инородного тела (фрагменты небного корня) из верхнечелюстной пазухи, с применением эндоскопической техники. В первом случае, у пациента В., 45 лет, при удалении 28 зуба произошла перфорация дна верхнечелюстной пазухи, с попаданием фрагмента небного корня в синус. Диаметр перфорационного отверстия — 3,5 мм. На внутриротовой рентгенограмме инородное тело визуализировалось в области дна верхнечелюстного синуса. Под местной анестезией, через переднюю стенку синуса, был введен телескоп, произведен осмотр пазухи, обнаружен фрагмент корня размером 2 мм. Затем, через перфорацион-

ное отверстие в полости рта, в верхнечелюстную пазуху введен изогнутый наконечник отсоса, подведен к корню и, после присасывания фрагмента корня к наконечнику, извлечен из синуса. Полость пазухи промыта растворами антисептика и адреномиметика. Затем была выполнена пластика соустья лоскутом слизистой оболочки со щеки, по общепринятой методике. Послеоперационный период протекал без особенностей. Срок нахождения на больничном листе — 12 дней.

Во втором случае, у пациентки М., 33 лет, при удалении 16 зуба произошла перфорация дна верхнечелюстной пазухи, с попаданием небного корня в синус. Диаметр перфорационного отверстия — 6,5 мм. На внутриротовой рентгенограмме инородное тело визуализировалось в области дна верхнечелюстного синуса. Под местной анестезией телескоп был введен через переднюю стенку синуса, произведен осмотр пазухи, обнаружен небный корень размером 7 мм в длину и 3 мм в диаметре. Затем через перфорационное отверстие в полости рта в верхнечелюстную пазуху введен изогнутый жесткий зажим, под контролем зрения произведен захват и извлечение инородного тела из пазухи. Полость пазухи промыта растворами антисептика и адреномиметика. В дальнейшем была выполнена пластика соустья лоскутом со щеки, по общепринятой методике. Послеоперационный период — без особенностей. Срок нахождения на больничном листе — 14 дней. Следует обратить внимание, что лечение этих пациентов, проводимое по стандартным методикам, привело бы к госпитализации в стационар на 7-14 дней, с выполнением радикальной гайморотомии по Колдуэлл-Люку, средний срок временной нетрудоспособности при данной патологии составил бы 20 дней.

Приведенные клинические примеры наглядно демонстрируют высокую эффективность применения эндоскопических методов в амбулаторной стоматологической практике.

Я.Л. МАСЕНКО, В.В. НОСЫРЕВ, Д.М. ГАРАФУТДИНОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

МУЗ Клиническая стоматологическая поликлиника № 4, г. Кемерово

Одно из серьезных и частых осложнений в хирургической стоматологии – повреждение нижней стенки верхнечелюстной пазухи при удалении зубов. На основании данных литературы (Солнцев А.М., Уваров В.М., Левенец А.К., Маликов К.С.), количество больных с одонтогенными гайморитами, а особенно с перфоративными, из года в год увеличивается. Частота одонтогенных гайморитов, по сравнению с риногенными, 24-35 %, что составляет примерно 1/3 заболеваний верхнечелюстной пазухи.

Вопросам диагностики, профилактики и лечения перфораций верхнечелюстного синуса посвящено большое количество работ (Романова Г.А., Лукашевич А.П., Батурин В.И. и др.). Однако данные литературы и клинический опыт убеждают, что эта проблема сохраняет свою актуальность. Существующие методы диагностики и лечения больных с перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух несовершенны, травматичны и малоэффективны. Лечение больных проводится, в основном, в стоматологических стационарах. Сроки лечения колеблются от 13,5 до 18 дней. Хирургическая помощь больным ориентирована на проведение радикальной гайморотомии, после которой наблюдается большой процент осложнений – от 32,4 до 80 %.

Одной из причин сохранения радикальной тактики при наличии свища в пазуху является тот факт, что с помощью наиболее распространенных методов диагностики (риноскопия, пункция, обзорная рентгенография) сложно, а порой и невозможно, оценить характер и распространенность воспалительных изменений тканей верхнечелюстной пазухи и выбрать оптимальный метод лечения. Поэтому при одонтогенных гайморитах с ороантральным сообщением радикальная гаймо-

ротомия нередко является больше диагностической, нежели лечебной манипуляцией.

В апреле 2002 года на базе хирургического кабинета МУЗ КСП-4 начал работу эндоскопический кабинет. За это время было проведено 18 гаймороскопий по поводу перфораций верхнечелюстной пазухи после удаления зуба. Исследования выполнялись с использованием жесткого эндоскопа фирмы «Олимпус», диаметром 2,5 мм, и эндоскопических инструментов фирмы «Шторц».

Осмотр синуса мы начинали через перфорационное соустье, у 11 пациентов объем визуализации был недостаточен из-за индивидуальных анатомо-топографических особенностей пазухи, в этих случаях приходилось вводить телескоп через клыковую ямку. При осмотре оценивалось состояние слизистой оболочки пазухи, наличие кист, полипов, размер и форма естественного соустья со средним носовым ходом, инородные тела (фрагменты альвеолы, верхушки корня). У 5 пациентов были выявлены радикулярные кисты с прорастанием в гайморовую пазуху, у одного пациента – полип медиальной стенки синуса. Во всех случаях была проведена биопсия образований, с последующей гистологической верификацией. В двух случаях проведено удаление отломков альвеолы и фрагментов небного корня. После выполнения исследования проводилась санация синуса растворами антисептиков и адреномиметиков, с последующей пластикой соустья лоскутом слизистой оболочки со щеки, по общепринятой методике. Осложнений после проведенного вмешательства мы не наблюдали.

Анализируя опыт проведения эндоскопических исследований, мы считаем, что метод гаймороскопии показал свою высокую эффективность в амбулаторной практике, имеет большие перспективы и нуждается в дальнейшем развитии.

А.А. СУРИКОВА МИКРОФЛОРА И pH СЛЮНЫ У ЛИЦ С КАРИЕСОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ИНДЕКСОВ КПУ

Научный руководитель – Е.В. Сурикова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В настоящее время накопилось достаточно литературных и клинических данных, свидетельствующих о том, что в этиологии ка-

риеса зубов ведущую роль играет микрофлора полости рта, а также pH слюны и ряд других факторов.

Целью исследования явилось изучение микрофлоры и рН слюны у лиц с кариесом при различной степени поражения.

Исследовалась слюна 24 человек, разделенных на 2 группы, по 12 человек в каждой. В первую группу вошли лица с незначительной пораженностью кариесом (индекс КПУ = 3,3), во вторую — с более высоким индексом КПУ (10,1).

Слюну собирали в период с 11 до 12 часов, не ранее чем через 2 часа после приема пищи, в стерильные пробирки. Полученную слюну исследовали в соответствии с Методическими рекомендациями по бактериологической диагностике МЗ СССР (1986). Микробиологические методы включали в себя количественное определение микрофлоры слизистой оболочки ротовой полости. РН слюны определяли потенциометрическим методом на приборе «РН-121».

Исследования показали, что микрофлора обследуемых отличалась соотношением отдельных представителей нормальной микрофлоры, снижением числа или исчезновением некоторых видов микроорганизмов, за счет увеличения коли-

чества других и появления микробов, которые обычно встречаются в незначительном количестве. Наиболее выраженные нарушения микробиocenоза наблюдались во 2-й группе, где отмечалась тенденция к уменьшению количества лиц с нормальной микрофлорой (зеленящий стрептококк) и увеличению числа обследуемых с патогенной флорой (гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк). В этой же группе отмечалась и наибольшая встречаемость грибов рода кандиды.

У лиц 1-й группы преимущественно определялся непатогенный зеленящий стрептококк, реже встречался гемолитический стрептококк и стафилококк.

В результате потенциометрических измерений рН слюны, выявлены различия в данных величинах между группами: в 1-й группе рН составил 7,4, во 2-й — 6,1.

Таким образом, во 2-й обследуемой группе, отмечались значительные изменения в составе микрофлоры полости рта и подкисление слюны, что, вероятно, и способствовало развитию множественного кариеса зубов (индекс КПУ = 10,5).

А.Л. ЯКУНИН, С.Ю. КАЙДАЛОВ РИНОПЛАСТИКА

Научный руководитель — В.Г. Богданов

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Ринопластика — операция, направленная на изменение формы носа. Показанием к такой операции является деформация наружного носа, которая нередко сопровождается искривлением носовой перегородки. Это может привести к нарушению носового дыхания. Ринопластика помогает многим людям, страдающим подобными деформациями, устранить их, для предупреждения прогрессирования различных заболеваний со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем и улучшения косметического вида носа.

Подробно рассказывается о проведении ринопластики, с целью устранения искривления костных скатов носа при помощи остеотомии у основания лобных отростков верхней челюсти и исправления смещения корня носа, при помощи боковой и поперечной остеотомии костей носа, с мобилизацией хрящевого отдела перегородки и резекцией по дну носа сегмента перегородки на высоту предполагаемого снижения спинки. Приведен клинический пример на основе данной методики.



Т.А. ЛАБЗИНА
 АНАЛИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ
 ПО г. КЕМЕРОВО ЗА 2000-2001 гг.

Научный руководитель – В.Г. Каукаль
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проведен анализ огнестрельной травмы по материалам танатологического отдела Кемеровского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2000-2001 гг. За указанный период было исследовано 49 трупов (22 и 27), из них 47 мужчин (95,9 %) и 2 женщины (4,1 %), в возрасте 14-70 лет. Наибольшее количество погибших мужчин и женщины находились в возрасте 20-40 лет (61,2 %). Количество погибших в возрасте 40-60 лет – 20,4 %, до 16 лет и старше 60 лет – 6,1 % и 8,2 %, соответственно. В среднем, 42,8 % мужчин находились в алкогольном опьянении. В 2000 году в алкогольном опьянении находились 45,5 % мужчин, в 2001 году – 40,7 %, в наркотическом опьянении – 3,7 % (1 человек).

По роду смерти в большинстве случаев отмечены убийства (2000 г. – 68,1 %; в 2001 г. – 44,4 %). Отмечена тенденция к уменьшению количества убийств и увеличению самоубийств (2000 г. – 13,6 %; 2001 г. – 25,9 %). Увеличилось число случаев, в которых род смерти не был установлен (2000 г. – 18,1 %; 2001 г. – 29,6 %). Самоубийств среди женщин не выявлено.

В случаях убийства преобладали лица в возрасте 20-50 лет, а среди самоубийц – мужчины 30-40 лет. Установлены некоторые отличия в количестве погибших от огнестрельных повреждений в разных районах города.

Количество пулевых огнестрельных повреждений увеличилось (2000 г. – 40 %; 2001 г. – 52 %), дробовых повреждений – уменьшилось (2000 г. – 60 %; 2001 г. – 36 %).

В 2001 году в 9 % случаев отмечены повреждения, причиненные из самодельного и атипичного огнестрельного оружия.

В подавляющем большинстве наблюдений (55,8 %) отмечена близкая дистанция выстрела, в 27,9 % – в упор и в 16,3 % случаев – с дальнего расстояния. В случаях суицида преобладали дробовые повреждения, причиненные в упор и с близкого расстояния.

Повреждения головы в 2000 г. составили 50 %, в 2001 г. – 48,1 %; грудной клетки – 22 % и 29,6 %, соответственно; живота – 13,6 % и 7,4 %; конечностей – 7,4 % и 4,5 %; повреждения нескольких областей – 9 % и 7,4 %.

В прошедшем десятилетии количество смертельных огнестрельных повреждений колебалось от 30 до 53 случаев в разные годы, в среднем, 42 случая за год. По роду смерти преобладали убийства (60 – 78,8 %), в меньшем количестве – самоубийства (11,5 – 31,6 %). Постепенно увеличивалось количество пулевых огнестрельных повреждений.

Таким образом, в 2000-2001 гг. количество смертельных огнестрельных повреждений уменьшилось, как в абсолютных, так и в относительных показателях, в среднем, в 1,7 раз. Изменилась и структура огнестрельной травмы, в частности, преобладали пулевые повреждения.

В подавляющем большинстве случаев отмечены убийства мужчин 20-40 лет. Высок процент суицида с использованием огнестрельного оружия. Среди погибших большинство составили мужчины, около половины из них находились в алкогольном опьянении.

О.С. ТОРОПОВА
 АНАЛИЗ САМОУБИЙСТВ В г. КЕМЕРОВО
 ПО ДАННЫМ ТАНАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА
 БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Научный руководитель – В.Г. Каукаль
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Изучены случаи суицида по г. Кемерово за 2000 и 2001 гг., по данным танатологического отдела Областного бюро судебно-медицинской экспертизы. От общего количества

судебно-медицинских аутопсий самоубийства составили 8,2 % в 2000 г. и 7,67 % в 2001 г. В процентном соотношении от общего числа самоубийства составили, соответственно, 50,87 % и

43,13 %. Среди погибших, 80,5 % составили лица мужского пола, 19,5 % – женского. Причем, 43,5 % мужчин и 28,0 % женщин не работали, а 26,8 % и 23 %, соответственно, работали в разных областях. В оставшихся случаях пенсионеры мужчины и женщины составили, соответственно, 23,7 % и 46 %, учащиеся – 3,9 % и 2 %, инвалиды – 0,9 % и 1 %. Среди мужчин 0,9 % – осужденные и 0,2 % – военнослужащие.

Наибольшее количество случаев суицида мужчин – в возрасте 40-50 лет (24,9 %), женщин – старше 70 лет (25 %). Наименьшее количество самоубийств отмечено у мужчин старше 70 лет (4,6 %), у женщин – 40-50 лет (11 %). Выявлены случаи суицида детей до 14 лет (0,8 %) и лиц в возрасте 15-20 лет (5,3 %).

Наибольшее количество случаев суицида у лиц обоего пола отмечается летом: у мужчин в июле (10,6 %), у женщин в июне (15 %). Меньше приходится на зимний период – у лиц мужского и женского пола в январе 6,05 % и 3 %, соответственно.

В алкогольном опьянении находились 81,4 % мужчин и 18,65 % женщин.

Наиболее частый способ суицида среди мужчин – повешение (90,3 %), колото-резаные пов-

реждения (3,6 %), огнестрельные повреждения (2,4 %), другие виды травмы (1,9 %), в том числе, падение с высоты (1,4 %), транспортная травма (0,25 %), отравления (1,84 %).

Среди женщин на первом месте суицид путем повешения (73 %), на втором – отравления (20 %), механическая травма (5 %), в том числе, падение с высоты (3 %), транспортная травма (1 %), колото-резаные повреждения (1 %). В 1 % случаев отмечено самоубийство.

Дома совершили самоубийства 61 % лиц мужского и 60 % лиц женского пола, в других местах – 22 % и 14 %, на улице – 14,4 % и 10 %, соответственно, в стационаре скончались 2,6 % мужчин и 16 % женщин.

Самоубийства мужчин чаще наблюдались в Заводском районе (22 %), а женщин – в Центральном (30 %).

Результаты исследования показали «традиционное» преобладание самоубийств среди лиц мужского пола. Наибольшее количество самоубийств мужчин в возрасте 40-50 лет и женщин старше 70 лет. Преобладающее число суицидов отмечено у лиц обоего пола в летний период и значительно меньше – зимой.

Н.Б. ШАПКИНА

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель – Б.А. Саркисян

Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Кемерово

В настоящее время одной из актуальных проблем медицины является качество оказания медицинской помощи (КОМП). Возможным механизмом, позволяющим оценить КОМП, является судебно-медицинская экспертиза (СМЭ). За 7 лет (1996-2002 гг.) в Кемеровском областном бюро СМЭ было проведено 319 комиссионных экспертиз КОМП, из них 63 (19,74 %) – в отношении врачей акушеров-гинекологов. 30 СМЭ (47,61 %) выполнены на основании определения суда в рамках гражданских дел по искам пациентов или их родственников, недовольных оказанной им акушерско-гинекологической помощью. 33 (52,38 %) СМЭ проведены на основании постановления прокуратуры при производстве уголовных дел в отношении акушеров-гинекологов или проверок прокуратурой заявлений на недобросовестные действия врачей.

В 32 СМЭ (50,79 %) вопросы КОМП решались при оказании акушерской, и в 31 (49,2 %) – при оказании гинекологической помощи. В 25

СМЭ (39,68 %) каких-либо дефектов установлено не было, медицинская помощь акушерами-гинекологами оказана правильно и в полном объеме. В двух случаях правильно ОМП оценить не представилось возможным, ввиду непредоставления в распоряжение экспертной комиссии необходимых медицинских документов. При производстве 36 СМЭ (57,14 %) были обнаружены недостатки при оказании медицинской помощи, причем наибольшее количество выявлено на стационарном этапе – в 28 СМЭ (77,77 %), из них, в условиях родильного дома – 10, в условиях гинекологического стационара – 18. В восьми случаях (22,22 %) дефекты допущены как на достационарном этапе, так и в стационаре. Все выявленные недостатки мы условно разделили на 3 группы: диагностические, лечебно-тактические, технические. В подавляющем большинстве СМЭ наблюдалось сочетание допущенных дефектов. Особую группу – 14 случаев (38,88 %) составили ятрогении. В 31 (86,11 %) экспертизе допущенные недостатки ОМП нахо-

дятся в причинной связи с наступлением неблагоприятного исхода.

Таким образом, в отношении врачей акушеров-гинекологов, 20 % всех врачебных экспертиз, более половины проведено в рамках уголовных дел или проверок прокуратурой. В 57 % случаев выявлены существенные недостатки при

оказании медицинской помощи. В основном, дефекты допущены в условиях стационаров, и составляют комплекс диагностических, лечебно-тактических и технических недостатков и почти 40 % – ятрогении. В подавляющем большинстве выявленные недостатки находятся в причинной связи с наступлением неблагоприятного исхода.

Н.Б. ШАПКИНА

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ

Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Кемерово

В настоящее время, в связи с развивающейся страховой медициной и необходимостью пациентов оплачивать свое лечение, становится все более актуальной проблема оценки качества оказания медицинской помощи. Одним из механизмов, позволяющих оценить качество оказанной медицинской помощи, выявить дефекты и причинно-следственные связи между ними и наступившим неблагоприятным исходом, является судебно-медицинская экспертиза (СМЭ). Экспертизы качества оказания медицинской помощи (КОМП) проводятся обязательно комиссионно, с привлечением не менее двух узких специалистов конкретных специальностей, доцентов и профессоров кафедр Кемеровской медицинской академии, заведующих отделениями и практикующих врачей первой и высшей категории ведущих клиник Кемеровской области и г. Кемерово. При этом, членами экспертной комиссии изучается и оценивается весь комплекс представленных материалов гражданского или уголовного дела, подлинники медицинских карт стационарного больного, амбулаторные карты, копии актов освидетельствования во МСЭК, материалы служебного расследования, протоколы патолого-анатомического исследования трупов, с повторным просмотром микропрепаратов аутопсийного материала и т.д.

За период 2000-2002 гг. в Отделе сложных экспертиз Кемеровского областного бюро СМЭ проведено 136 экспертиз КОМП. Все экспертизы назначены в отношении врачей и лечебных учреждений Кемеровской области. При этом, 82 экспертизы (60,3 %) проведены на основании определения суда по материалам гражданских дел по искам больных или их родственников, недовольных качеством оказанной им медицинской помощи; 26 (19,1 %) – на основании постановления прокуратуры по материалам возбужденных уголовных дел против медицинских работников; 14 экспертиз (10,3 %) проведены на основании

постановления прокуратуры в ходе проверки жалоб больных или их родственников на качество оказанной им медицинской помощи. В 11 (8,1 %) комиссионных экспертизах вопросы качества оказания медицинской помощи решались в рамках уголовных дел по обвинению конкретных лиц в совершении преступлений. В этих экспертизах, как правило, вопросы ставились адвокатами обвиняемых, с целью связать наступившую смерть или неблагоприятный исход с недостаточностью оказанной медицинской помощью. В трех случаях (2,2 %) – на основании определения суда при производстве гражданского иска о возмещении морального и материального вреда в отношении гражданских лиц или предприятий.


Специальности медицинских работников, в отношении которых были проведены экспертизы КОМП, представлены следующим образом: наибольшее количество экспертиз (64 или 47,05 %) – в отношении оперирующих специалистов (хирурги, травматологи и акушеры-гинекологи), в 26 случаях (19,11 %) – в отношении терапевтических специалистов (терапевты и педиатры), в 6 (4,41 %) – среднего медицинского персонала, в 25 (18,38 %) – в отношении «узких» специалистов. В 15 экспертизах задействованы две и более врачебных специальности.

Результаты проведенных экспертиз КОМП показали, что в 58 случаях (42,64 %) каких-либо недостатков при оказании медицинской помощи не выявлено. В 76 случаях (55,88 %) претензии к качеству оказанной медицинской помощи были обоснованными и, при производстве СМЭ были выявлены недостатки. В 2-х экспертизах (1,48 %) КОМП оценить невозможно, ввиду непредоставления в распоряжение экспертной комиссии необходимых медицинских документов. В 57 экспертизах (41,91 %) выявленные дефекты повлияли на неблагоприятный исход.

Таким образом, наибольшее количество экспертиз качества оказания медицинской помощи

проведены по материалам гражданских исковых дел, однако почти треть — в рамках проверок прокуратурой и уголовных дел в отношении медицинских работников. Наибольшее количество экспертиз связаны с оперирующими врачебными специальностями (хирурги, травматологи, аку-

шеры-гинекологи). Более чем в половине случаев претензии к качеству оказания медицинской помощи обоснованы и при производстве экспертиз были выявлены существенные недостатки, которые в 42 % случаев находятся в причинной связи с наступлением неблагоприятного исхода.



Я.В. ГАЛЕВСКИЙ
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТИЛЯ РАБОТЫ
РУКОВОДИТЕЛЯ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Научный руководитель – Г.П. Петров
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Эффективное развитие рыночной экономики в России в настоящее время требует не только создания конкурентоспособного производства на базе новых прогрессивных технологий, но и формирования нового экономического менталитета, имеющего в своей основе высокий уровень организационной культуры.

Указанные обстоятельства вызывают необходимость приобретения руководителями аптечных организаций определенных практических навыков по социально-психологическим аспектам управления. Социально-психологическая компетентность руководителя аптечной организации – умение эффективно взаимодействовать с людьми. Это ключевой фактор личного успеха руководителя.

Возможности руководителя завоевать авторитет и на деле реализовать свой статус центральной фигуры системы управления находится в непосредственной зависимости от стиля руководства

Для определения стиля руководства социально-психологическим климатом в коллективах аптечных организаций Кемеровской области, нами была разработана анкета, включающая три блока вопросов.

Первый блок собрал вопросы для определения стиля руководства аптечных организаций. Второй блок включал вопросы для определения темперамента руководителя аптечной организа-

ции. В третий блок вошли вопросы, позволяющие изучить психологию поведения руководителя в ситуации риска.

Были опрошены 100 руководителей и их заместителей различных аптечных учреждений.

На первом этапе исследований было установлено, что из трех основных стилей руководства преобладающим является демократический стиль (64 %), далее – либеральный стиль (23 %) и авторитарный стиль (13 %).

На втором этапе была выявлена взаимосвязь между стилем руководства и типом темперамента руководителя. Было установлено, что основным для руководителей типом темперамента является сангвиник (65 %), затем – флегматик (26 %), холерик (6 %) и меланхолик (3 %).

На третьем этапе была изучена психология руководителя в ситуации риска. Оказалось, что на рискованные решения чаще всего идут женщины в возрасте 35-40 лет, из них, обладающие типом сангвиник – в 73 % случаев, типом флегматик – в 15 %, холерик – в 7 %, меланхолик – в 5 %.

Таким образом, зная преобладающий стиль руководства и тип темперамента руководителя аптечных организаций, можно избрать верные формы и методы общения и предвидеть психологию поведения руководителя в различных ситуациях.

В.А. ДЕРКСЕН, Ю.С. РОДИНА
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ
ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Конкурентоспособность лекарственных средств является важной рыночной характеристикой их как товара, от которой во многом зависит ассортиментная политика и финансовая устойчивость фармацевтической организации.

Для всех лекарственных препаратов, в том числе для контрацептивных средств (КС), наибольшее значение имеет конкуренция функциональных свойств, которая предполагает оценку терапевтической активности и надежности ле-

карственного средства, наличия побочных действий и противопоказаний, рациональной дозировки.

Целью исследования явилось определение конкурентоспособности оральных контрацептивных средств (ОКС), как наиболее многочисленной группы КС.

Для определения рейтинга конкурентоспособности нами была составлена анкета и сформирована группа экспертов, в состав которой вошли врачи-гинекологи и провизоры, наиболее компе-

тентные в вопросах применения и реализации КС. Экспертная оценка носила пилотажный характер, поэтому число экспертов составило 50 человек (в соответствии с теорией малых выборок), в том числе, 30 врачей и 20 провизоров.

В первой части анкеты указывались профессиональные данные экспертов: стаж, категория, ученая степень. Во второй части специалисты-эксперты проводили оценку эффективности применения и функциональных свойств 26-ти ОКС по 5-ти балльной шкале.

Для статистического анализа и обработки полученных оценок были рассчитаны «средневзвешенные» балльные оценки по каждому ОКС.

По результатам группировки средневзвешенных оценок была проведена градировка исследуемого ассортимента ОКС по следующим группам:

- ОКС с «благоприятной» конъюнктурой: целесообразность их наличия в ассортименте обусловлена перспективами роста спроса и

объемов продаж (три-мерси, логест, силест, новинет, мерсилон, эксклютон, три-регол);

- ОКС группы «риска»: необходимость их в ассортименте требует всестороннего анализа факторов риска, в том числе тенденций динамики объемов продаж, появления на рынке аналогов с лучшими свойствами (антеовин, нон-овлон, норколут, овидон — ОКС, используемые для лечения под контролем врача);
- ОКС с «неблагоприятной» конъюнктурой: решение о закупках таких ОКС может быть отрицательным, так как тенденции спроса на них характеризуются спадом (демулен, ацетометрегнол).

Таким образом, тестирование ассортимента ОКС может быть использовано как фармацевтическими организациями, так и службами планирования семьи, которые занимаются организацией поставок ОКС на региональный рынок.

И.В. КУЛЬПИН

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ СИСТЕМ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Научный руководитель — Г.С. Савина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

В современных условиях динамичного Российского фармацевтического рынка важность и необходимость внедрения информационных технологий, оптимизирующих деятельность фармацевтических предприятий и учитывающих специфику их функционирования, требует обязательного экономического обоснования.

Внедрение новых информационных технологий в практику работы фармацевтических организаций позволяет значительно повысить эффективность их функционирования. В настоящее время состояние фармацевтического рынка характеризуется высокой степенью конкуренции, в связи с чем каждая организация стремится к усовершенствованию своей конкурентоспособной стратегии, а информационные технологии выступают как перспективный инструмент этой стратегии. На повышение результативности деятельности фармацевтического предприятия решающим образом влияет информационная поддержка при правильном ее использовании.

Как следствие, большой интерес вызывают современные компьютерные системы, предлагаемые для аптечных учреждений. В настоящее время на рынке имеется достаточное количество специализированных программ для автоматизации

фармацевтической деятельности, но ограниченные финансовые возможности многих аптек не позволяют воспользоваться дорогостоящими лицензионными продуктами. В связи с этим, аптекам приходится разрабатывать свои собственные «кустарные» программы, либо, руководствуясь ценовыми преимуществами, приобретать в других фармацевтических организациях или у частных лиц все те же не сертификационные программы.

Следует отметить, что программа, изготовленная в кустарных условиях, будет хуже лицензионного аналога. Но иногда программный продукт, изготовленный для конкретной аптеки, учитывающий все ее особенности, дает больший экономический эффект и более прост в обращении.

Среди основных направлений развития современных информационных технологий в обеспечении развития фармацевтического бизнеса можно выделить:

- автоматизация документооборота,
- коммуникации,
- автоматизация бухгалтерского учета и планирования,
- разработка систем принятия решений,
- автоматизация банковских операций,

- создание автоматизированных рабочих мест.

Таким образом, внедрение современных информационных технологий позволяет сократить время на подготовку и проведение маркетинго-

вых исследований, уменьшить непроизводительные затраты при их реализации, исключить возможность появления ошибок в подготовке бухгалтерской и других видов документации, что дает организации прямой экономический эффект.

И.В. КУЛЬПИН

КОМПЬЮТЕРНАЯ БЕЗГРАМОТНОСТЬ, КАК ОДНА ИЗ ПРОБЛЕМ ПРИ ВНЕДРЕНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Научный руководитель – Г.С. Савина

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Внедрение систем автоматизации предприятия позволяет значительно сократить расходы на ручной труд и увеличить эффективность работы за счет оперативного получения информации.

Сегодня аптека уже оснащена компьютерной техникой и необходимым программным обеспечением. И редко где директор аптеки не позаботился о компьютеризации и, следовательно, о будущем своей аптеки.

Следует отметить, что перевод аптеки на автоматизированную работу вызывает некоторые затруднения. Помимо немалых материальных затрат, возникает такая проблема, как отсутствие в аптеках людей, поддерживающих работу техники и программного обеспечения.

Невысокая компьютерная грамотность персонала предприятия – одна из наиболее острых проблем при внедрении информационных систем, решить которую можно путем переподготовки специалистов или привлечением новых работников, владеющих компьютером. В связи с этим, в настоящее время, при трудоустройстве в розничную или оптовую фармацевтическую организацию, помимо специализированного образования, все больше требуется владение компьютером.

Нами было проведено социологическое исследование среди студентов старших курсов фармацевтического факультета КГМА. Установлено, что 100 % респондентов считают, что объем занятий на кафедре медицинской информатики и кибернетики, предусмотренный программой ВУЗа, является недостаточным. Во время занятий на этой кафедре студенты не овладели ни одной из стандартных прикладных программ (MS Word, MS Excel и др.), не говоря уже о владении специальными программами. 35 % опрошенных, с целью повышения компьютерной грамотности, занимались на компьютерных курсах, на которых изучали только общие стандартные программы, без учета своей будущей профессии. Все респонденты высказали желание изучать, помимо стандартных программ, специализированные, непосредственно связанные с фармацевтической деятельностью, во время обучения на профильных кафедрах.

Таким образом, повышение компьютерной грамотности молодых специалистов позволит избавиться фармацевтические организации от затрат и необходимости привлечения программистов специализированных компаний.

А.В. МИЛЛЕР

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ № 1 ГУВД КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВЕ ФОРМУЛЯРА

Научный руководитель – Г.П. Петров

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Необходимость анализа подходов к организации лекарственного обеспечения больницы обусловлена социально-экономической ситуацией, сложившейся в стране за последние годы.

Хроническое недофинансирование лекарственного обеспечения, несовершенная система ценообразования, действующая в настоящее время, ограничили возможности больницы в закуп-

ках необходимых медикаментов, в ущерб качеству лечения. Между тем, увеличение общей заболеваемости, появление новых, более дорогостоящих медицинских технологий, увеличили потребность в лекарствах.

Проблема рационального использования лекарственных препаратов является не только актуальной и острой, но и требующей незамедлительного комплексного решения.

Рационализация использования лекарственных средств в ЛПУ может быть достигнута за счет применения широко используемой в мировой практике системы затратно-эффективного отбора лекарственных препаратов и создания формуляра.

Формуляр — это список медикаментов, носящий ограничительный характер для использования и закупок, разработанный на основе тщательного анализа структуры заболеваемости, уровня потребления лекарств, их эффективности, безопасности и проведенного фармакоэкономического анализа.

Основной целью нашей работы явилась разработка методики составления формуляров, как организационной основы лекарственного обеспечения больницы.

Для оптимизации лекарственного обеспечения терапевтического отделения стационара нами проведены исследования:

- Проведен анализ структуры госпитальной заболеваемости, с целью выявления преобладающих патологий у больных по группам заболеваний и категориям пациентов в терапевтическом отделении больницы. Нами обработано 925 историй болезни с листами назначений, выявлены преобладаю-

щие классы болезней: болезни костно-мышечной системы (5,3 % от общего количества нозологических форм); болезни органов дыхания (13,4 %); болезни органов пищеварения (20,2 %); болезни системы кровообращения (50,4 %).

- Изучена сложившаяся система лекарственного обеспечения в стационаре. Стационар находится на бюджетном финансировании. Закупка препаратов идет централизованно с военных складов в Новосибирске.
- Изучен перечень лекарственных препаратов, применяемых в терапевтическом отделении по каждой нозологии (около 300 препаратов). Определены лидирующие группы препаратов по частоте их применения.
- Составлены списки дефицитных и дорогостоящих препаратов, а также препаратов, находящихся на ПКУ в стационаре. Проведен анализ их стоимости и частота применения в отделении.
- Разработан формуляр-справочник, как основа профессионального и информационного обеспечения медицинского персонала по используемым лекарственным препаратам.

На основании данных проведенного исследования, разработаны фармако-экономические и организационные подходы к разработке и внедрению формулярной системы в больнице № 1 ГУВД Кемеровской области на примере терапевтического отделения больницы.

Таким образом, внедренная формулярная система приведет к рациональному использованию медикаментов, поможет оптимизировать лекарственное обеспечение и технологию отбора лекарственных средств в стационаре.



И.Н. БЕЛЯЕВ, К.В. КЛИМОВ
ОСТРАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель — Е.Е. Шерстенникова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Одной из причин острой толстокишечной непроходимости являются опухоли толстого кишечника.

В отделении общей хирургии КГМА в 1997-2001 гг. лечились 23 больных, поступивших по неотложной помощи с явлениями ОТКН, в возрасте до 80 лет, из них, 18 женщин и 5 мужчин.

Специальные методы обследования, обзорная рентгенография органов брюшной полости и ирригография, позволили установить диагноз ОТКН и локализацию опухоли.

В 2-х случаях опухоль локализовалась в слепой и восходящей кишке, в 4-х — в поперечно-ободочной, в 3-х — в области селезеночного угла и в 14 случаях — в сигмовидной кишке.

У подавляющего большинства больных в течение последнего года отмечались диспептические явления, запоры, вздутие живота, явления анемизации без наличия явного источника кровотечения и снижение массы тела. Подобные явления трактовались как атония толстого кишечника. Больные самостоятельно принимали слабительное. К врачу в поликлинику обратились только 12 пациентов, из них трое обследованы, выявлена опухоль толстого кишечника, предложено хирургическое лечение, от которого больные по разным причинам отказались.

Из 23 больных, поступивших с явлениями ОТКН, у 12 явления непроходимости разрешились консервативно, они направлены на лечение в онкологический диспансер.

11 больных оперированы: резекция толстой кишки с опухолью и выведение одноствольной колостомы — 7, двухствольная колостома — 3, илеотрансверзоанастомоз — 1.

Послеоперационный койко-день составил 18 дней, что обусловлено наличием серьезной сочетанной патологии у больных пожилого и старческого возраста.

Результаты гистологического исследования показали в 8 случаях высокодифференцированную аденокарциному и в 2-х — умеренно-дифференцированную. У 5 больных выявлены отдаленные метастазы.

В связи с вышесказанным, вытекает необходимость специального обследования больных (ректороманоскопия, ирригография), предъявляющих жалобы на нарушение акта дефекации, запоры и вздутие живота, в условиях поликлиники, с целью раннего выявления и своевременного лечения заболевания. Необходима диспансеризация больных пожилого и старческого возраста.

А.В. БОРЩ
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ
В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель — В.И. Тарабрин
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

На сегодняшний день набор методик, используемых при лечении абсцессов печени (АП), достаточно широк — от открытого хирургического дренажа до системного введения антибиотиков без проведения пункции или дренирования.

Клиника госпитальной хирургии КГМА располагает 26 наблюдениями за больными АП в период 2000-2002 гг.

Малоинвазивные методы лечения применялись у 25 больных (96 %).

Чрескожная игловая аспирация под контролем ультразвука выполнялась 22 больным (84 %). В общей сложности была выполнена 81 пункция. Во время манипуляции проводился забор материала из содержимого абсцесса на посев. После пункции полость АП обрабатывалась раствором антисептика. Применение чрескожной игловой аспирации не сопровождалось развитием каких-либо осложнений.

Чрескожный катетерный дренаж являлся вторым этапом лечения АП и был выполнен в

18 случаях (69 %). В общей сложности было выполнено 23 процедуры, в среднем, по 1,3 процедуры на одного больного.

Еще одним малоинвазивным методом лечения, применявшимся в нашем исследовании, являлась чрескожная чреспеченочная катетеризация воротной вены для проведения регионарной антибактериальной терапии. Показанием для ее проведения являлось сохранение интоксикационного синдрома после пункции и дренирования АП. Катетер под контролем ультразвука устанавливался в основной ствол воротной вены, правую или левую ее ветвь, или в селезеночную вену. По катетеру, с помощью дозатора, вводились антибиотики. Данный метод лечения применялся у 16 больных (61 %).

Малоинвазивные методы лечения, выполняемые под контролем ультразвука, позволяют избежать проведения операции, или отсрочить окончательное оперативное лечение до тех пор, пока не стабилизируется состояние больного. За это время можно произвести терапию предшествующих заболеваний и снизить процент осложнений лечения и летальности. С помощью малоинвазивных методов можно неоднократно проводить лечебные процедуры.

Однако чрескожная игловая аспирация, чрескожный катетерный дренаж и чрескожная чреспеченочная катетеризация воротной вены требуют проведения дополнительного обследования, с целью определения четких показаний к каждой из этих методик.

Н.М. ВЕСЕЛОВА РАЗВИТИЕ ДОНОРСКОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Областная станция переливания крови, г. Кемерово

Принцип компонентной гемотрансфузионной терапии заключается в восстановлении дефицита какого-либо компонента крови реципиента одноименным компонентом крови донора, а не цельной кровью. Метод обоснован с иммунологической позиции, так как кровь донора, помимо недостающего у реципиента компонента, содержит другие факторы, несущие с собой спектр антигенов, вызывающих посттрансфузионные осложнения и снижающих эффективность трансфузий.

Метод плазмафереза позволяет получить из консервированной крови один из ее компонентов — плазму. Так как плазма отделяется спустя 20-25 минут после эксфузии крови у донора, она содержит в неизменном виде антигеофильный глобулин и другие лабильные белки, что делает ее более ценной.

Метод плазмафереза впервые был предложен американцем J. Abel и соавторами в 1914 г., в нашей стране впервые применен Ю.Е. Крамаренко в 1946 году. В 1978 году в Кировском НИИГПК разработана и внедрена массовая заготовка плазмы методом плазмафереза. На Кемеровской Областной станции переливания крови первый донорский плазмаферез был проведен в 1979 г. Г.М. Мельниковой. В начале 80-х годов для проведения

плазмафереза на ОСПК стала применяться пластиковая тара «Гемакон». В ноябре 1987 г. на ОСПК внедрен метод двойного плазмафереза. Благодаря этому методу увеличился объем заготавливаемой плазмы от одного донора.

С 1993 года процедура стала проводиться без извлечения иглы из вены донора — после эксфузии крови, до возврата эритроцитов, в вену капельно вводится 0,9 % раствор хлорида натрия. Были приобретены кресла фирмы «Baxter», позволяющие создать для доноров более комфортное положение, что снизило реакцию в виде обмороков. Приобретение центрифуги «Sorvall-Plus 3 RC» позволило уменьшить время процедуры плазмафереза с 1 часа до 25-30 минут. С 1995 года двойной плазмаферез проводится с замедлением возврата эритроцитов в вену одной руки, после струйного переливания 2/3 первой порции, до 40-50 капель в минуту. В это время из вены другой руки берется вторая порция крови. Это позволило сократить время процедуры двойного плазмафереза с 1,5 до 1 часа.

В 2002 г. приобретено новое холодильное оборудование, позволяющее сохранять свежемороженную плазму при температуре -40°C в течение года. В том же году начата карантинизация свежемороженой плазмы.



Ю.Б. ГЛЕБОВА
К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ ОПЕРИРОВАНИЯ
ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Кемерово*

В современной литературе по хирургической эндокринологии нам не встретилось никаких указаний на необходимость лимфодиссекции при опухолях надпочечников. Принципы оперирования при онкопатологии общеизвестны и давно не подвергаются сомнению. Они гласят, что любая операция обязательно состоит из двух частей: широкое иссечение первичной опухоли и удаление регионарных лимфоузлов. Онкологическая операция отличается от обычной хирургической операции тем, что она выполняется не только на опухолевом органе, но и на лимфатических путях, регионарных для этого органа. Поэтому она требует применения обширных оперативных доступов.

Следующей немаловажной особенностью онкологических операций является необходимость соблюдать абластику и антибластику. Однако при этих операциях хирурги зачастую ограничиваются лишь удалением самого надпочечника, без регионарной лимфодиссекции. Операция начинается с обнажения опухоли и, если это необходимо, ее мобилизации, затем следует перевязка сосудов и иссечение опухоли на границе здоровых тканей. От радикальности первичной операции зависит процент рецидивов, который остается достаточно высоким (до 30 %).

В нашей клинике оперировано 12 больных со злокачественными опухолями надпочечников. Удалось проследить судьбу четверых пациентов. Из них, одна больная оперирована повторно по поводу метастазов опухоли в регионарные лимфоузлы; одна — трижды по поводу местного рецидива адренокортикального рака. Один больной признан неоперабельным во время повторной операции. Еще одна пациентка, оперированная по поводу адренокортикального рака, признана неоперабельной при обследовании через 8 месяцев после первой операции, в связи с метастазами в парааортальные лимфоузлы и прорастанием нижней полой вены.

Зоной регионарного метастазирования для новообразований надпочечников являются парааортальные, пре- и ретрокавальные, интераортакавальные и задние диафрагмальные лимфоузлы. Мы полагаем, что операция по поводу опухоли надпочечника обязательно должна включать в себя их ревизию с последующим удалением. Перевязка центральной вены надпочечника, особенно справа, без предварительной мобилизации опу-

ли, бывает практически невозможна. Кроме того, лигирование этой вены в глубине раны может привести к массивному кровотечению вследствие травмы нижней полой и почечной вен.

Профилактировать данное осложнение возможно предварительной мобилизацией нижней полой вены, ее отжатием до удаления опухоли. Учитывая вышесказанное, полагаем, что необходимо пересмотреть методику оперирования при злокачественных опухолях надпочечников в плане последовательности этапов операции. Операция должна включать в себя этап широкого обнажения и ревизии зон регионарного метастазирования и сосудов опухоли; перевязку путей оттока крови от опухоли без ее мобилизации; широкую лимфодиссекцию; и, в последнюю очередь, удаление самой опухоли. Для реализации этих принципов немаловажную роль играет выбор хирургического доступа к надпочечникам.

Нами проведены анатомические исследования на 20-ти трупах недавно умерших людей. Изучались параметры операционного поля по методике А.Ю. Созон-Ярошевича (угол операционного действия, угол наклона оси операционного действия, глубина раны), в сравнительном аспекте подхода к сосудам надпочечников, без их предварительной мобилизации, из лапаротомии и торакофренолюмботомии. Также изучалась возможность манипуляций на нижней полой вене и доступность аорты и парааортальной клетчатки из этих доступов. При измерениях справа, глубина раны до ЦНВ составила, в среднем, $15,44 \pm 1,47$ см при ТФЛТ и $14,74 \pm 0,91$ см при лапаротомии; при измерениях слева — $16,0 \pm 1,22$ и $15,03 \pm 1,03$, соответственно. Угол операционного действия для правой ЦНВ при ТФЛТ составил, в среднем, $70,0 \pm 3,12$ градусов, при лапаротомии — $70,71 \pm 3,31$. Для ЦНВ слева эти значения составляли $66,7 \pm 1,98$ и $73,75 \pm 2,99$, соответственно. Как видно, для хирургических манипуляций условия достаточно комфортные — значительный угол операционного действия и небольшая глубина раны. Однако не следует забывать, что измерения проводились при нормальных, не измененных патологическим процессом надпочечниках.

Кроме того, следует заметить, что нижняя полая вена при левосторонней ТФЛТ совершенно

недостижима, а при доступе справа доступна лишь на очень коротком отрезке, тотчас ниже и выше впадения ЦНВ, ограниченном краями раны. Мобилизация ее в этих условиях затруднена. При лапаротомии глубина раны до НПВ составила $16,2 \pm 0,99$ см, УОД — $73,67 \pm 6,04$ градусов, УНООД — $77,14 \pm 3,34$ градусов, мобилизация ее возможна на значительном по длине отрезке, если это необходимо, ниже почечных вен и выше впадения их. При измерениях относительно аорты и регионарных для надпочечников лимфоколлекторов, находящихся в парааортальной клетчатке, глубина раны составила, в среднем, $16,18 \pm 1,04$ см, УОД — $86,25 \pm 2,26$ градусов, УНООД — $85,5 \pm 2,51$ градусов — очень хорошие условия для лимфодиссекции. Даже у лиц гипертензивной конституции, при значительной глу-

бине раны, возможна хорошая экспозиция этой зоны.

Таким образом, мы полагаем, что именно трансабдоминальные доступы позволяют радикально удалить злокачественную опухоль надпочечника, с соблюдением принципов абластики. Выбор вида доступа индивидуален. Это может быть торакофренолапаротомия (у больных с ожирением) или лапаротомия (продольная или поперечная), в зависимости от конституциональных особенностей больного, синтопии опухоли, ее размеров. Однако мы считаем торакоабдоминальные доступы гораздо более травматичными, чем переднеабдоминальные и поэтому отдаем предпочтение последним. Кроме того, такой подход делает более безопасной перевязку надпочечниковой вены справа.

Ю.Б. ГЛЕБОВА ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ АДРЕНАЛЭКТОМИИ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Кемерово*

Известно, что единственным эффективным способом лечения гормонально-активных и злокачественных опухолей надпочечников является хирургическое удаление. Результаты хирургического лечения злокачественных опухолей надпочечников остаются неудовлетворительными: высок процент рецидивов (до 30 %), выживаемость низка — 44 % в течение 5-ти лет (Lavin N., 1999). Радикальная онкологическая операция немыслима без ревизии зон регионарного метастазирования и лимфодиссекции. Зоной регионарного метастазирования для опухолей надпочечников являются парааортальные лимфатические узлы (Блинова Л.И., 1971). Однако в современной литературе, посвященной хирургическому лечению опухолей надпочечников, мы не встретили никаких указаний на необходимость лимфодиссекции. В настоящее время, при опухолях более 6 см в диаметре и при феохромоцитоме любых размеров, рекомендуется применение торакофренолюмботомии (ТФЛТ), так как этот доступ создает оптимальные пространственные условия по отношению к надпочечникам (Аюпов А.М., 1997). Однако он не дает возможности полноценной ревизии зон регионарного метастазирования, как первоочередного этапа операции слева, а при операции справа этот этап технически невыполним. При опухоли больших размеров перевязка центральной надпочечниковой вены

(ЦНВ), особенно справа, без предварительной мобилизации опухоли, часто невозможна из-за ее малой длины и тонкостенности. Актуальной остается проблема массивного кровотечения при повреждении нижней полой вены (Н.А. Майстренко, Н.Г. Вавилов, 2000). ТФЛТ не дает возможности первоочередной перевязки ЦНВ до мобилизации опухоли ни справа, ни слева (Алабердин С.В., 2002). При операции по поводу феохромоцитомы, мобилизация опухоли до перевязки путей оттока крови крайне нежелательна, так как сопровождается мощным выбросом в кровотоки катехоламинов, с последующим возникновением синдрома «неуправляемой гемодинамики». Мы полагаем, что эти осложнения возможно предотвратить путем изменения привычной последовательности действий хирурга во время адреналэктомии и введении двух дополнительных этапов операции: 1) ревизии зоны регионарного метастазирования и, при необходимости, лимфодиссекции; 2) выделения и отжатия нижней полой вены до удаления надпочечника с опухолью. Вторым этапом операции предлагается выполнять из ТФЛТ (Калинин А.П., Трофимов В.М., 1994). Мы считаем, что оба этапа удобнее выполнять из лапаротомии — нижняя полая вена доступна манипуляциям на значительном участке, манипуляции на парааортальной клетчатке также проводятся при оптимальных параметрах доступа. Выбор

вида доступа индивидуален (это может быть как лапаротомия, так и тораколапаротомия) и зависит от конституциональных особенностей больного и предпочтений хирурга.

А.Г. ГУБАРЕВ
СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ
У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Научный руководитель – В.Г. Лубянский
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель: оценить прогностическое значение соотношения электролитов, белка в кишечном содержимом, брюшной полости и системном кровотоке у больных с ПОРП.

Материал и методы: Проведено обследование 52 больных с ПОРП, поступивших в клинику в возрасте от 18 до 65 лет. Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли лица с благоприятным исходом (41 чел. или 79 %), во вторую – умершие больные (11 чел. или 21 %). Причинами возникновения перитонита явились острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, ранения органов брюшной полости, гнойно-воспалительные заболевания гениталий.

Виды оперативных вмешательств включали ликвидацию источника перитонита, санацию брюшной полости, резекцию кишки с формированием межкишечного анастомоза, гемиколэктомии, наложение кишечных стом. Учитывая наличие кишечной недостаточности, больным проведена трансазальная интестинальная декомпрессия тонкого кишечника. Проведено исследование содержания калия, белка, креатинина в содержимом кишечника, брюшной полости и системном кровотоке. Забор материала проводился стандартизованно в первые трое суток послеоперационного периода.

В раннем послеоперационном периоде в кишечном содержимом выявлено повышение уровня калия (до $31,5 \pm 0,5$ ммоль/л) и наличие белка (до 40 г/л). В то же время, обнаружено снижение этих показателей в плазме крови (калий до 2,5 ммоль/л, белок до 37,0 г/л). Отмечено также повышение креатинина в кишечном содержимом и отделяемом из брюшной полости (до 270 мкмоль/л). Причем, содержание его в системном кровотоке существенно не менялось ($115 \pm 0,5$ мкмоль/л). В процессе лечения, на 2-е и 3-и сутки, у больных I-й группы (79 %) показатели креатинина и калия снижались до $37 \pm 0,5$ мкмоль/л и $3,6 \pm 0,5$ ммоль/л, соответственно. У 63 % больных количество белка снижалось с $40 \pm 0,5$ г/л до $4,4 \pm 0,5$ (P < 0,01). У больных с тяжелым течением и сохранением признаков кишечной недостаточности (II-я группа, 21 %) показатели белка, креатинина и калия оставались высокими.

Таким образом, кишечная недостаточность у больных с ПОРП приводит к белковым и электролитным потерям, как в просвет кишечника, так и в брюшную полость. Степень потерь коррелирует с тяжестью перитонита и может служить дополнительным показанием к плановым санациям и терапевтической коррекции.

С.А. ЕВТУШЕНКО, Б.Л. ХАЕС
ВЫСОКАЯ ОБЪЕМНАЯ СКОРОСТЬ ПЕРФУЗИИ –
АЛЬТЕРНАТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ
ПРИ ИСКУССТВЕННОМ КРОВООБРАЩЕНИИ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово*

Цель исследования: Сравнить эффективность гипотермического искусственного кровообращения (ИК) с высоким перфузионным индексом без использования донорской крови с традиционным вариантом проведения ИК.

Материал и методы: Исследуемая и контрольная группы составили по 50 больных в возрасте 18-66 лет. Обе группы включали больных с ишемической болезнью сердца, врожденными и приобретенными пороками сердца. По возрасту, антропометрическим данным, нозологии и функцио-

нальному классу поражения сердца, обе группы сопоставимы. В обеих группах интраоперационный и ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Во всех случаях проводилось гипотермическое (28-30°C) ИК на мембранном оксигенаторе фирмы «ВАХТЕР». Использовалась кристаллоидная фармакохолодовая кардиоплегия из расчета 10 мл/кг. Перфузионный индекс в исследуемой группе колебался от 2,5 до 3,0 л/мин/м², в контрольной группе – не превышал 2,4 л/мин/м². В обеих группах проводился инвазивный мониторинг артериального и центрального венозного давления, температуры в прямой кишке и носоглотке. Определяли газовые показатели артериальной и венозной крови, кислотно-щелочное состояние, гемоглобин, электролитный состав и осмолярность плазмы.

Результаты: Установлено, что снижение уровня гемоглобина и, соответственно, кислородной емкости крови, при проведении ИК, можно достаточно адекватно компенсировать увеличением перфузионного индекса. Повышенное артериальное давление в этих условиях способствует усилению диуреза и своевременно-

му устранению гипергидратации. Предупреждение избыточной экстравазации жидкости и гипергидратации интерстиция достигается с помощью поддержания адекватной осмолярности перфузата. У всех больных в исследуемой группе пробуждение наступало в операционной и, соответственно, экстубация проводилась на операционном столе.

Выводы: Проведение ИК с высоким перфузионным индексом (3 л/мин/м²) позволяет избежать применения донорской крови и исключает возникновение осложнений, связанных с гемотрансфузией. Несмотря на низкий уровень гемоглобина, проведение ИК с высоким перфузионным индексом в условиях нормоволемии не вызывает ишемического повреждения органов и тканей. Проведение перфузии с высокой объемной скоростью позволяет активизировать и экстубировать больных в операционной, что уменьшает затраты сил, средств и персонала реанимационного отделения.

Учитывая высокую стоимость донорской крови, метод бескровной перфузии является экономически более выгодным и безопасным.

А.С. ЖИВОТОВСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Научный руководитель – В.И. Подолужный

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проблема лечения рецидивных паховых грыж остается на сегодняшний день актуальной, как в медицинском, так и в социальном аспекте.

В настоящее время имеется тенденция к росту рецидивных паховых грыж, что связано с увеличением числа людей пожилого возраста с хроническими заболеваниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления. Большое значение уделяется врожденной слабости соединительной ткани, которая в 20-25 % случаев может способствовать формированию рецидива. Нельзя забывать о недостатках аутопластических способов, когда для пластики с натяжением используют ткани с выраженными морфологическими изменениями путем их перемещения, что дезорганизует переднюю брюшную стенку, еще более нарушая морфологию тканей (Трубицын М.А., 1970; Усов Д.В. и соавт., 1984).

На основании вышеперечисленных этиологических моментов становится понятным высокий процент рецидивов (от 8 до 30 %) при пластике грыжевых ворот классическими способами (Тос-

кин К.Д., Жебровский В.В., 1990). Оптимальным в этой ситуации является способ ненатяжной герниопластики рецидивных паховых грыж по Лихтенштейну.

На базе кафедры госпитальной хирургии, за период 1994-2002 гг., было оперировано 107 больных с рецидивными паховыми грыжами. Возраст оперированных пациентов колебался от 30 до 71 лет, с преобладанием пожилых. Классическими способами оперировано 47 пациентов: по Постемпскому – 25 (53,2 %), по Бассини – 12 (25,5 %), по Жирару-Спасокукоцкому-Кимбаровскому – 6 (12,8 %), по Кукуджанову – 4 (8,5 %). Рецидив наступил у 8 пациентов (17 %).

Способом Лихтенштейна оперировано 60 больных. При этом сроки пребывания в стационаре составляли от 3 до 7 суток. Больным разрешалось вставать на 2-е сутки, приступать к тяжелому труду – через месяц. Рецидив выявлен в 1 случае (1,7 %), что сопоставимо с мировыми данными (2 %). Больные наблюдались в сроки 0,5-4 года. Проводилось анкетирование, объективное обследование, применялся инструментальный ме-

год диагностики для определения рецидива грыж (УЗИ).

Заключение. На основании анализа результатов лечения рецидивных паховых грыж с использованием методики Лихтенштейна, можно

говорить о высокой эффективности пластики, низком проценте осложнений и рецидивов. Это, наряду с ранней реабилитацией больных, позволяет считать данную пластику методом выбора при лечении рецидивных паховых грыж.

С.В. КИРИЛЕНКО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

Научный руководитель — Н.Ф. Астахов

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проблема лечения острого гематогенного остеомиелита, составляющего от 3 % до 11 % хирургических заболеваний у детей, актуальна до настоящего времени. В 80-90 гг. 20-го века отмечено снижение частоты тяжелых форм острого гематогенного остеомиелита, что привело к ослаблению внимания клиницистов, снижению раннего выявления заболеваний и увеличению числа случаев поздней диагностики.

В клинике детской хирургии КГМА, с 2000 по 2002 гг., находились на лечении 83 ребенка с острым гематогенным остеомиелитом.

Местноочаговая форма имела место у 67 детей (80,7 %), септикопиемическая — у 16 (19,3 %). В возрасте до 3 лет было 28 детей (33,7 %), 3-15 лет — 55 (66,3 %). В 30,1 % случаев провоцирующим фактором в развитии заболевания отмечена травма, в 3,4 % — гнойно-воспалительные заболевания, в 66,5 % остеомиелит развился на фоне полного видимого благополучия.

В первые трое суток от начала заболевания были госпитализированы 52 ребенка (62,7 %), в сроки 3-7 дней — 19 детей (22,8 %), позднее — 12 (14,5 %). В последнюю группу вошли больные дети, переведенные из других стационаров городов и районов области, это были больные с давностью заболевания 3 и более суток.

Поражение одной из костей наблюдалось у 79 больных, двух и более — у 4-х детей.

Наиболее часто патологический процесс локализовался в бедренной кости (35 чел.), большеберцовой (11 чел.), плечевой (7 чел.), малоберцовой (6 чел.), в костях таза (5), стопы (5), локтевой (5), ребрах (4), ключице (3), лучевой (3), лопатке (1 чел.). В 21 случае патологический процесс достигал стадии остеомиелитической флегмоны мягких тканей. В 62,7 % случаев из гнойного очага были выделены следующие возбудители: золотистый стафилококк (38 чел. или 71,7 %), гемолитический стрептококк (9 или 5,6 %), эпидермальный стафилококк (2 или 3,8 %), сапрофитный стафилококк (1 или 1,9 %),

ацинетобактер Баумонии (1 или 1,9 %), энтеробактер (2 или 3,8 %), кишечная палочка (3 или 5,6 %), клебсиелла (1 или 1,9 %), сарцины (1 или 1,9 %), ассоциация золотистого и эпидермального стафилококка (1 или 1,9 %).

Остеомиелит осложнялся септической пневмонией в 8 случаях, миокардитом — в 4-х, перикардитом — в 2-х.

Всем больным проводилось экстренное хирургическое лечение после кратковременной предоперационной подготовки. Основной задачей подготовки являлось восполнение объема циркулирующей крови и детоксикация. Под общим обезболиванием осуществлялась чрезкожная остеоперфорация с установлением промывной системы костномозгового канала или с постановкой внутрикостных игл с целью декомпрессии, промывания гнойного очага и введения антибактериальных препаратов.

В 11 случаях у больных с содружественным гнойным артритом проводились многократные пункции с промыванием суставов до чистого раствора и введением антибиотиков. У 11 пациентов с поражением крупных суставов устанавливался тонкий катетер по методике Сельдингера, и осуществлялось капельное промывание.

Антибактериальная терапия проводилась теми препаратами, к которым была выявлена наибольшая чувствительность высеваемой из очага микрофлоры — полусинтетические пенициллины, цефалоспорины II-го и III-го поколений, макролиды. Всем больным, сразу при поступлении, назначались два антибиотика, с учетом их совместимости, внутримышечно и внутривенно. Для внутривенного введения препаратов проводилась катетеризация магистральной вены.

С целью дезинтоксикации всем пациентам назначалась инфузионная терапия. У 10 наиболее тяжелых пациентов она проводилась по методике форсированного диуреза, до исчезновения клинических проявлений токсикоза. В 17 случаях инфузионная терапия дополнялась дискретным плазмаферезом и инкубацией клеточной массы крови антибиотиками.

Из 83 детей умер 1 ребенок, поступивший позднее 7 суток от начала заболевания, с клиникой множественного остеомиелита, тяжелого сепсиса, полиорганной недостаточности. На секции, помимо поражения бедренной кости, было выявлено поражение легких, сердца, почек, печени. Этому ребенка не удалось вывести из состояния септического шока. 13 детей после клинического выздоровления, для проведения реабилитации, были переведены в ортопедический санаторий.

В 3-х случаях патологический процесс перешел в хроническую форму, что послужило причиной оформления инвалидности и вызвало необходимость соответствующего оперативного лечения.

Анализ результатов лечения позволяет сделать вывод, что ранняя диагностика, своевременное хирургическое вмешательство, в комплексе с целенаправленной антибактериальной терапией, полноценной инфузионной терапией и экстракорпоральной дезинтоксикацией, дают возможность излечения больных остеомиелитом.

Э.Е. КИСЛОВ, А.М. БАТРАКОВ, Е.В. КИРЬЯНОВА НЕПРЯМЫЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ ДИСТАЛЬНОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Городская клиническая больница № 29, г. Новокузнецк

Цель исследования: оценить эффективность непрямых реваскуляризирующих операций у больных с дистальным типом поражения артериального русла, в зависимости от этиологии заболевания и степени ишемии нижних конечностей.

Материалы и методы. Оперировано 39 пациентов (из них, 30 мужчин и 9 женщин). Средний возраст составил 59 лет. Всем больным выполнена операция реваскуляризирующей остеотрепанации на одной из пораженных нижних конечностей с одновременной поясничной симпатэктомией.

Дооперационное исследование артериальной системы включало: ультразвуковую доплерометрию с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), дуплексное ангиосканирование, реовазографию с вычислением реографического индекса (РИ), рентгенконтрастную ангиографию.

У всех пациентов выявлена окклюзия артерий на уровне подколенно-берцового сегмента, что проявлялось клиникой хронической ишемии нижних конечностей. Локализация и распространенность поражения артериальной системы не позволяли выполнить реконструктивную операцию.

Больные, в зависимости от этиологического фактора, были разделены на три группы. В I-й группе (19 чел. или 48,7 %) причиной заболевания был атеросклероз, во II-й группе (13 чел. или 33,3 %) — диабетическая ангиопатия, в III-й (7 чел. или 18 %) — облитерирующий тромбангит. В каждой группе больные были разделены по степени хронической ишемии пораженной нижней конечности (классификация А.В. Покровского, 1979). Так, в I-й группе ишемия II степени выявлена у 9 человек (47,4 %), III-й степени — у 6 (31,6 %), IV-й — у 4 (21 %). Во II-й группе ише-

мия II степени имела у 6 пациентов (46,2 %), III-й — у 4 (30,7 %), IV — у 3 (23,1 %). В III-й группе ишемия II степени выявлена у трех пациентов (42,8 %), у двух пациентов (28,6 %) была ишемия III-й и IV-й степени, соответственно.

В послеоперационном периоде положительные результаты операции оценивали по следующим показателям:

1. Динамика жалоб (увеличение дистанции безболевой ходьбы, уменьшение и/или исчезновение болей покоя в нижней конечности).
2. Локальный статус (повышение температуры дистального отдела конечности, регресс или стабилизация трофических расстройств на стопе).
3. Инструментальные исследования (повышение средних значений ЛПИ и РИ).

Результаты: Во всех группах у больных с ишемией нижних конечностей II и III-й степени, в послеоперационном периоде, выявлен положительный эффект (увеличение ЛПИ с 0,52 до 0,76; РИ — с 0,205 до 0,412). При ишемии IV-й степени в I-й группе положительный эффект выявлен у двух пациентов (ЛПИ возрос с 0,27 до 0,46; РИ — с 0,095 до 0,201), у двух больных эффекта от операции не было. Во II-й группе у одного больного достигнут положительный результат (ЛПИ увеличился с 0,3 до 0,51, РИ — с 0,087 до 0,195), у двух пациентов ишемия сохранялась. В III-й группе у одного больного была положительная динамика (увеличение ЛПИ с 0,32 до 0,55, РИ — с 0,1 до 0,263), у второго пациента эффекта от операции не наблюдалось.

Выводы:

1. Непрямые реваскуляризирующие операции эффективны у пациентов со II и III-й степенью ишемии нижних конечностей, вне зави-

- симости от этиологического фактора. При ишемии IV-й степени у половины больных также достигнут положительный результат.
2. Применение ревааскуляризирующей остеотрпанации с одновременной поясничной симпа-

тэктомией у пациентов с поражением дистального артериального русла позволяет уменьшить степень ишемии и сохранить конечность в случаях, когда выполнить реконструктивную операцию невозможно.

Э.Ф. МАГЕРРАМОВА
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научный руководитель — Е.Е. Шерстенникова
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Одним из тяжелейших осложнений ожоговой болезни является желудочно-кишечное кровотечение.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, находившихся на лечении в отделении термотравмы, за период с 1996 по 1998 гг., у которых возникло осложнение ожоговой болезни в виде кровотечения из желудочно-кишечного тракта.

Больных было 8, из них 6 мужчин и 2 женщины в возрасте 27-71 лет, двое больных — 27 и 34 лет, трое — 41, 47, 50 лет, трое — 62, 68, 71 лет.

Все больные имели термические ожоги IIIA-IV степени, площадью более 20 %. Индекс Франка в 2-х случаях составил менее 30 единиц, в 3-х случаях — 60-80 единиц, в 3-х — более 91 единицы.

В первые сутки после получения ожога за медицинской помощью обратились трое больных, 5 больных — спустя трое суток. Язвенный анамнез выявлен у двух больных.

Признаки желудочно-кишечного кровотечения появились у 5 больных в первые десять суток, у троих — на 22-41 день от момента получения травмы.

Антацидная терапия, с целью профилактики острых язв и желудочно-кишечного кровотечения, с 1-х суток от момента поступления больных в стационар, проводилась только двум боль-

ным. Остальным пациентам антацидная терапия начата только после появления признаков желудочно-кишечного кровотечения.

Лечение больных с кровотечением из желудочно-кишечного тракта в пяти случаях было консервативным.

Гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы и ваготомия выполнена у двух больных. Резекция желудка по Бильрот II — у одного.

Операции проводились в первые двое суток от начала кровотечения, при безуспешности консервативной терапии. Несмотря на проводимое лечение, семь пациентов скончались в течение первых пяти суток от начала кровотечения.

Выжил один пациент (47 лет, площадь ожога 25 %, индекс Франка 75 единиц), которому проведена операция гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы в первые сутки от начала кровотечения.

Исходя из вышесказанного, больные с обширными термическими ожогами, тяжелым ожоговым шоком, в возрасте старше 40 лет, являются группой риска в плане развития кровотечения из желудочно-кишечного тракта. Больным ожоговой болезнью, в целях профилактики желудочно-кишечного кровотечения, необходимо назначать антацидную и дезагрегантную терапию с первого дня лечения.

Я.Л. МАСЕНКО, А.В. СИЗИНЦЕВ
ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СРЕДОСТЕНИЯ, ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

*Областной клинический онкологический диспансер,
Санаторий-профилакторий КОО «Азот», г. Кемерово*

Дифференциальная диагностика заболеваний органов грудной полости затруднена схожестью клинической картины

ряда заболеваний. Симптоматология и характер развития заболевания не могут служить критерием в дифференциальной диагностике.

В большинстве случаев диагноз устанавливается на основании данных инструментального обследования: рентгенографии, компьютерной томографии. Однако их диагностические возможности в ряде случаев ограничены. Кроме того, для полноценной противоопухолевой терапии необходима морфологическая верификация диагноза. Проблемы в диагностике с использованием рентгенографии, как правило, возникают в случае экссудативных плевритов неясной этиологии и объемных процессов в области средостения. Решить эти задачи, можно, используя инвазивные методы исследования — торакоскопию и диагностическую торакотомию.

Торакоскопия — метод исследования, позволяющий получить максимум информации об этиологии экссудативных плевритов и объемных образований средостения. Точкой приложения могут являться и, расположенные субплеврально, опухолевидные образования. Эта достаточно инвазивная процедура должна являться заключительным этапом обследования пациента, когда информации, полученной от других методов диагностики, недостаточно.

В ОКОД торакоскопия выполняется в двух видах — с использованием фиброволоконной и жесткой оптики.

В первом случае торакоскопию выполняют фибробронхоскопом в условиях перевязочной во время дренирования плевральной полости под местной анестезией.

Показаниями к проведению фиброторакоскопии служат упорный экссудативный плеврит, с накоплением жидкости в плевральной полости после пункции, и подозрение на злокачественный характер процесса (вид удаленной жидкости, злокачественные клетки, найденные при цитологическом исследовании).

Бронхоскоп и биопсийные щипцы обрабатываются стерилизующим раствором типа «Сайдекс». Небольшой диаметр аппарата позволяет использовать тот же троакар, что и для дренирования. Гибкий дистальный конец бронхоскопа делает возможным произвести полный осмотр париетальной плевры без «слепых» зон. Через биопсийный канал выполняется прицельная биопсия. Особенно эффективно этот метод зарекомендовал себя при экссудативных плевритах. Без дополнительной травмы для больного, при обязательном дренировании плевральной полости, производится фиброторакоскопия.

Фиброторакоскопия проведена у 22 пациентов. В 18 случаях взята биопсия. У 14 больных диагностирован канцероматоз плевры, у одного пациента — туберкулез, в одном случае — мезо-

телиома, в 2-х случаях — неспецифический воспалительный процесс. Сложности при проведении исследования возникают при наличии спаечного процесса в плевральной полости, кроме того, затруднен осмотр корня легкого, средостения без манипулятора. Манипулятор, из-за повышения травматичности процедуры при местной анестезии, используется в исключительных случаях.

Торакоскопия жесткой оптикой проводится торакоскопом «Storz», с использованием видеосистемы «Olympus», в условиях операционной. Обязательным условием качественно проведенного исследования является полноценное анестезиологическое пособие: ЭТН, в редких случаях — внутривенный наркоз.

Нами применяется одноканальная интубация легкого, высокочастотная вентиляция легких, напряженный пневмоторакс 2-4 мм рт. ст., или комбинация этих методов. Спадение легкого, его выключение из акта дыхания, необходимо для проведения торакоскопии. Точки ввода троакаров выбираются индивидуально, в зависимости от расположения очага. Используются 1-2 манипулятора.

Показаниями к проведению торакоскопии жестким эндоскопом являлись объемное образование средостения, распространенный рак легкого, субплеврально расположенные периферические опухоли легкого. В последнем случае местоположение образования дополнительно уточнялось данными томографии.

Исследование проведено у 28 пациентов. В 16 случаях диагностирована опухоль средостения, с морфологической верификацией диагноза. У двух пациентов с лимфоаденопатией внутригрудных лимфоузлов определен метастатический характер поражения, у двух — саркоматоз. Канцероматоз найден в двух случаях — метастазы рака молочной железы и рака легкого. У двух пациенток удалось полностью удалить солитарные, субплеврально расположенные, метастазы рака молочной железы. В двух случаях во время исследования обнаружены и удалены липомы. У одного больного опухоль обнаружить не удалось, она оказалась в толще легочной ткани. В одном случае, из-за выраженного спаечного процесса, осмотр плевральной полости результатов не дал.

За 1999-2000 гг., в результате применения торакоскопии, ни одной диагностической торакотомии по поводу объемных образований средостения проведено не было. Применение торакоскопии способствует уточнению морфологически верифицированного диагноза в подавляющем числе случаев, что позволяет избежать пробных торакотомий. Выявление

запущенных форм онкологических заболеваний с помощью торакоскопии без операцион-

ной травмы позволяет в ранние сроки начать курсы химио- и лучевой терапии.

М.В. МЕРЗЛЯКОВ ПОДГОТОВКА К ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ

Научный руководитель — С.А. Усов
Областная клиническая больница, г. Кемерово

При заболеваниях толстого кишечника фиброколоноскопия (ФКС) является одним из основных методов исследования. Успешное проведение ФКС (т.е. тотальный осмотр толстой кишки) складывается из нескольких компонентов: квалификации врача, психологической подготовки пациента, адекватного обезболивания и тщательности подготовки органа.

В последнее время за рубежом все большую популярность для подготовки к колоноскопии приобретают схемы, при которых очистка кишечника достигается приемом внутрь солевых слабительных синтетического ряда, фосфата натрия (NaP) и цитрата магния (Mg). В повседневной практике отделения мы пользуемся тремя методами подготовки к ФКС:

1. Подготовка с использованием касторового масла. За три дня до исследования назначается безшлаковая диета (исключающая овощи, фрукты, черный хлеб). Накануне исследования пациент натощак выпивает 50,0 граммов касторового масла. Вечером того же дня ставятся 4-5 очистительных клизм. Утром в день исследования — очистительные клизмы «до чистой воды». Процедура проводится через 90 минут после последней клизмы.
2. Подготовка по предыдущей схеме, но вместо касторового масла используется сульфат магния.

3. Подготовка с использованием препарата «Фортранс». Накануне исследования, в течение четырех часов, пациент выпивает четыре литра раствора Фортранса (1 пакет на 1 литр прохладной кипяченой воды). При такой методике нет необходимости в очистительных клизмах. Несмотря на простоту подготовки, рекомендовать ее больным с подозрением на объемное образование толстого кишечника опасно, так как можно получить эффект острой толстокишечной непроходимости.

Общепринятым считается, что, независимо от схемы подготовки, за 15-20 минут до исследования необходимо назначать внутримышечно 5,0 мл Баралгина. Мы считаем это спорным. За последние три года в отделении осмотрены 798 пациентов, 489 из них старше 60 лет, что составляет 62 %, при этом у каждого второго пожилого пациента отмечалась атония толстого кишечника. Применение спазмолитиков перед ФКС в условиях атонии толстого кишечника затрудняет проведение осмотра.

Таким образом, подготовка пациентов к ФКС должна включать обязательное назначение спазмолитиков всем пациентам среднего возраста. Применение спазмолитиков у лиц пожилого возраста перед проведением ФКС нецелесообразно.

А.Г. МИХАЙЛОВ ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНОГО СПЛЕТЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА ИЛИ ВАГОТОМИЮ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Научный руководитель — В.Г. Лубянский
ГУЗ Краевая клиническая больница,
Краевой гастроэнтерологический центр, г. Барнаул

В послеоперационном периоде у больных, перенесших резекцию желудка или ваготомию, появляются жалобы, связанные с нарушением функции оперированного органа. Час-

то возникает гипокинезия или атония желудка, проявляющаяся чувством тяжести в эпигастрии, тошнотой и рвотой. Кроме того, появляются воспалительные изменения слизистой оболочки.

Причиной развития этих состояний является операционная травма и денервация желудка.

С целью лечения ранних послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений желудка, больным проводится катетеризация чревной периганглионарной зоны для медикаментозной блокады чревного сплетения. Введение лекарственной смеси в катетер проводится 6 раз в сутки и включает применение наропина (2 мг) и ксефокама (8 мг).

По поводу язвенной болезни желудка и ДПК в клинике прооперированы 31 больных. У 12 человек проведена прекардиальная проксимальная ваготомия, у 12 пациентов — резекция желудка. В контрольную группу вошли 7 человек, которым катетеризация зоны чревного сплетения не проводилась.

Исследование влияния блокады чревного сплетения на моторную функцию желудка проводятся в первые 10 суток послеоперационного периода. При рентгеноскопии оцениваются тонус, перистальтика и эвакуация. Как правило, наблюдаются нарушения моторной и эвакуаторной функции органа. Для оценки эффективности лечения выполняется ультразвуковое исследование желудка. Выявление жидкости натощак свидетельствует о нарушении эвакуации из желудка. После водной нагрузки регистрируется опорожнение желудка и ДГР.

Лечебные блокады чревного сплетения вызывают усиление перистальтики в культе и улучшают эвакуацию из желудка, что подтверждается данными рентгеноскопии и УЗИ желудка.

В.Г. НОСОВ ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АЛЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Негативными сторонами аллопластики брюшной стенки у больных с послеоперационными вентральными грыжами являются реактивные жидкостные образования в области эксплантата, с риском их инфицирования, и развитие спаечного процесса, с перспективой кишечной непроходимости, абсцессов брюшной полости и кишечных свищей, при внутрибрюшинном расположении эксплантата.

Цель исследования: изучить результаты оригинальной методики аллопластики брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах.

Пациенты и методы: по оригинальной методике аллопластики брюшной стенки оперированы 16 больных с послеоперационными вентральными грыжами (14 женщин и двое мужчин в возрасте 30-67 лет).

Хирургическая техника: после выполнения грыжесечения путем разделения сращений, мобилизуется большой сальник. Последний фиксируется узловыми лавсановыми швами к париетальной брюшине по окружности грыжевых ворот, отступя 5 см от их края. Выкроенный сетчатый полипропиленовый эксплантат размещается поверх сальника и фиксируется узловыми лавсановыми швами к

париетальной брюшине и к мышцам брюшной стенки на аналогичном расстоянии от края грыжевых ворот. Эксплантат изолируется от подкожной клетчатки путем сшивания краев грыжевых ворот или остатков грыжевого мешка узловыми лавсановыми швами. На подкожную клетчатку и кожу накладываются швы.

В послеоперационном периоде, наряду с антибактериальной профилактикой, проводится динамическое УЗИ операционной раны.

Результаты и обсуждение: наблюдавшиеся жидкостные скопления в подкожной клетчатке ликвидированы пункцией под контролем УЗИ. В одном случае имело место нагноение подкожной клетчатки, не повлекшее за собой инфицирования эксплантата. Жидкостных скоплений в области самого эксплантата и проявлений спаечной болезни не зарегистрировано. Первое мы объясняем общеизвестным высоким резорбтивным свойством большого сальника, второе — надежным отграничением от петель кишечника.

Заключение: применяемая оригинальная методика аллопластики брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах обеспечивает надежную профилактику основных присущих методу осложнений.

О.М. ОЛИКОВ, В.А. ЛУЦЕНКО, И.Х. АМИНОВ ТРАНСКУТАННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАПРЯЖЕНИЯ КИСЛОРОДА В ПРАКТИКЕ АНГИОХИРУРГА

Научный руководитель — А.М. Путинцев
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Кемерово*

С 2002 года в отделении сосудистой хирургии ОКБ, помимо общепринятых методов исследования, проводится чрезкожное измерение напряжения кислорода в тканях, с помощью закрытых электродов Кларка, аппаратом TCM-400 фирмы «RADIOMETER».

Обследованы 23 больных, страдающих облигерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, с уровнем окклюзии ниже паховой связки. Из них, 18 пациентов — с атеросклеротическим поражением (0,81), 5 — с диабетической ангиопатией артерий (0,19).

Датчик прибора во всех случаях устанавливался на тыле стопы. Контролем служило напряжение кислорода ($TcPO_2$) на передней брюшной стенке. В практике нормальным $TcPO_2$ принято считать значение 52-64 мм рт.ст. По степени ишемии (по классификации А.В. Покровского) и, соответственно, среднему уровню $TcPO_2$, больные распределились следующим образом: IIБ степень — 12 человек (0,57), $TcPO_2$ ср — 32,4 мм рт. ст.; III ст. — 4 пациента (0,19), $TcPO_2$ ср. — 22 мм рт. ст.; IV ст. — 5 пациентов (0,24), $TcPO_2$ ср. — 14 мм рт. ст. Всем больным выполнены различные виды реконструктивных операций (бедренно-подколен-

ное протезирование, эндартерэктомии, артериализация венозного кровотока и др.). В трех случаях дополнительно выполнена поясничная симпатэктомия.

Контрольное исследование выполнялось на 7-10-е сутки после операции. Отмечено повышение $TcPO_2$ у всех больных. В зависимости от степени ишемии, средние показатели напряжения кислорода составили: у больных с IIБ ст. — 47,3 мм рт. ст., с III ст. — 27 мм рт. ст., с IV ст. — 20,8 мм рт. ст. Прирост $TcPO_2$ составил: при IIБ ст. — 14,9, при III ст. — 5, при IV ст. — 5,2 мм рт. ст.

По мнению различных авторов (Кошкин В.М., 2001; Rooke T.W., 1989), точность оценки ишемии и заживления ран с использованием показателя $TcPO_2$ достигает 90 %. В ряде исследований (Got I., 1998), отмечается, что при значениях 33 мм рт. ст. или более прогноз заживления точен во всех случаях наблюдения.

В настоящее время метод транскутанного определения кислорода имеет наиболее статистически достоверную оценку состояния ишемии исследуемой зоны, что позволяет объективно осуществлять выбор хирургической тактики и проводить контроль эффективности лечения.

Т.А. ПИМИНОВА О СРОКАХ ВЫПОЛНЕНИЯ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Областная клиническая больница, г. Кемерово

Оптимальные сроки начала активной терапии хронической почечной недостаточности (ХПН) — 2Б-3А стадии (классификация Рябова С.И.). И начало диализа в более ранние сроки, при присоединении критической гипергидратации, тяжелой гиперкалиемии, уремической полинейропатии, декомпенсированного метаболического ацидоза, уремического перикардита, уремической прекомы. Причем подавляющее большинство подразумевает под этим начало лечения диализом и, лишь в последующем, при отсутствии противопоказаний, постановку этих пациентов в лист ожидания на операцию АТП. Значительная часть больных, состоящих в «листе ожидания» и получающих лечение диализом,

сталкиваются с развитием серьезных осложнений.

Кроме того, дефицит диализных мест сдерживает своевременное оказание помощи вновь выявленным больным ТХПН, приводит к «утяжелению» их состояния, а в ряде случаев к смерти.

Таким образом, создается ситуация, когда в диализных центрах имеется ограничение количества потенциальных реципиентов для трансплантации почки. По нашим данным, это 3-7 %. Короткий «лист ожидания» затрудняет селекцию пары донор-реципиент при типировании и, порой, донорская почка остается невостребованной.

В решении подобных вопросов, АТП больным ТХПН в додиализном периоде, когда диализ уже показан, но его проведение еще можно отсрочить, могла бы восполнить имеющийся дефицит заместительной почечной терапии. Более того, показано, что выживаемость почек в случаях трансплантации до начала лечения гемодиализом выше, чем в случаях выполнения операции пациентам, находящимся на гемодиализе. В таком свете вновь становится актуальным вопрос о сроках, оптимальных для проведения ТП в додиализном периоде, т.е. в какой стадии ХПН результаты проведенной АТП будут наилучшими.

В Кемеровском центре трансплантации почки операции АТП в додиализном периоде

начали выполняться с 2001 года, одновременно с НИИ трансплантологии и искусственных органов г. Москвы. Имеющиеся первые результаты подобных операций, а также большой опыт АТП после предварительного лечения гемодиализом и лечения программным гемодиализом, позволяет сделать вывод, что оптимальные сроки для ТП у больных ХГН — это 2А-Б стадии ХПН, и при уровне креатинина 0,4 ммоль/л и клубочковой фильтрации 20-30 мл/мин, даже без выраженной картины уремической интоксикации, необходимо формировать постоянный сосудистый доступ и ставить больного в «лист ожидания» на операцию АТП.

Д.Г. ПОСТНИКОВ
 ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
 РАКА И ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
 ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Научный руководитель — В.И. Тарабрин
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

В настоящее время диагностика и лечение рака желчного пузыря остаются актуальными, что связано, как с трудностью раннего распознавания, так и частым сочетанием с желчекаменной болезнью (49-94 %), а главное, с низкой резектабельностью и плохими отдаленными результатами.

Среди всех злокачественных опухолей человека рак желчного пузыря встречается в 2-8 % случаев (до 5 %, по данным NCI USA); среди новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны — в 23,2 % случаев, занимая второе место после рака поджелудочной железы. Чаще страдают женщины, чем мужчины, в среднем соотношении 1 : 3-4. Наиболее распространенный возраст — 63-70 лет, однако описаны случаи заболевания и у более молодых.

В период с января 1999 г. по декабрь 2002 г., в клинике госпитальной хирургии КГМА произведено 3028 хирургических вмешательств на желчевыводящих путях, из них, 2072 лапараскопическим и 956 лапаротомным методами, в том числе, выполнено 2583 холецистэктомии.

За указанный период было зарегистрировано пять гистологически доказанных случаев злокачественных новообразований желчного

пузыря. В 1999 г. — один, что составило 0,13 % от общего числа больных, находившихся на лечении. В 2000 г. — ни одного, в 2001 г. — три (0,38 %), на начало 2002 г. — один случай (0,35 %). В четырех случаях из пяти пациентами были женщины. Средний возраст заболевших составил 65 лет.

Из общего числа холецистэктомических операций, проведенных в период с января 1999 г. по декабрь 2002 г. (2583 операций), в 51 случае обнаружены полипы желчного пузыря (1,9 %). В 1999 г. они встретились у 9 больных (1,4 %); в 2000 г. — у 11 (1,8 %); в 2001 г. — у 17 (2,6 %); в 2002 г. — у 14 (2,4 %). Из числа заболевших, 64 % составили женщины, 36 % — мужчины. Истинные полипы составляют 77 % (39 чел.), на долю аденоматозных приходится 65 %, 29,5 % — железистый полипоз слизистой, железисто-фиброзные составили 5,5 %. У оставшихся 12 больных (23 %) диагностированы опухолеподобные процессы и доброкачественные новообразования. У 37 % пациентов были единичные полипы.

Таким образом, в целях профилактики злокачественных новообразований желчного пузыря необходима своевременная диагностика и хирургическое лечение желчекаменной болезни и полипов.

О.Ю. ПУЗАКОВА, М.В. ЧУРКИН, С.А. ЗАЙЦЕВ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница № 3, г. Кемерово*

В 2002 году в Кузбасском областном гепатологическом центре, с целью профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), у больных с циррозом печени начали применять эндоскопические методы лечения: эндоскопическую склеротерапию (ЭС) и эндоскопическое лигирование (ЭЛ).

За 2002 год в клинике наблюдали 50 пациентов с варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка. Среди них были пациенты с циррозом печени и внепеченочной портальной гипертензией. С клиникой пищеодно-желудочного кровотечения поступали 12 больных. Источниками его являлись варикозно расширенные вены пищевода (7 чел.), варикозно расширенные вены кардиального отдела желудка (4 чел.), подслизистые геморрагии (портальная гастропатия тяжелой степени) (1 чел.). Функциональное состояние печени оценивалось по критериям Child-Pugh (5 человек находились в классе В и 7 человек — в классе С).

На первом этапе этим больным, с целью остановки кровотечения, устанавливали зонд Блекмора и проводили интенсивную консервативную терапию, направленную на снижение давления в

портальной системе (нитроглицерин). Всего эндоскопические вмешательства выполнены 7 пациентам с циррозом печени, в возрасте 45-58 лет, с 2-3 степенью ВРВП.

ЭС выполняли при 2-й степени ВРВП (диаметр вен 5-9 мм) — 4 пациента. С целью склеротерапии паравазально вводили 15-30 мл 0,5 % раствора этоксисклерола или 20-30 мл 40 % раствора глюкозы. Контрольные осмотры и повторные обкалывания вен проводили в 1-е и 7-е сутки.

У трех пациентов с 3-й степенью ВРВП (диаметр вен более 10 мм) вены лигированы (применялся катетер для лигирования фирмы «Wilson-Cook»), с последующими динамическими осмотрами и повторными сеансами через 7 дней и через месяц.

Лучшие результаты отмечены после ЭЛ вен. Уже после первого вмешательства отмечено заступление и уменьшение диаметра проксимально расположенных участков сосудов. Оба метода дают возможность снизить риск повторных кровотечений из варикозных вен пищевода и, тем самым, улучшить прогноз течения основного заболевания.

К.С. РОДИВИЛКО ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Научный руководитель — Г.П. Красильников
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово*

Проблема аденомы предстательной железы продолжает привлекать к себе пристальное внимание урологов во всех странах мира. За последнее десятилетие значительно усовершенствована техника оперативного лечения этих заболеваний. Трансуретральная резекция аденомы простаты (ТУР) порою бывает единственной и радикальной у пожилых больных, страдающих тяжелой сопутствующей патологией.

Проведен анализ результатов операции в отдаленном периоде с 1998 по 2002 гг. у 225 человек, которые оперированы по этой методике. Вначале провели анализ историй болезни, после

чего всем больным были разосланы анкеты с международной системой суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (J-PSS), а также пункты анкеты, которые отражают субъективную оценку сравнения состояния здоровья до и после операции. Всего прислано 167 анкет, что составило 74,2 % от всех оперированных больных.

При анализе историй болезни выявлено, что 87,1 % больных оперированы в возрасте 65-80 лет. Практически все они страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, гипертонической болезнью, последствиями перенесенных инсультов, сахарным диабетом, т.е.

другая операция им бы была противопоказана.

При обработке анкет выявлено, что 92 % пациентов отмечают улучшение качества жизни, которое выражается в улучшении самостоятельного мочеиспускания, прекращении никтурии, затрудненного мочеиспускания, прекращении болевого синдрома. У 52 % больных были удалены эпидидимостомические трубки, которые им были установлены при острой задержке мочи до операции.

Но были выявлены и следующие осложнения:

- ретроградная эякуляция — 3 человека (1,3 %),
- импотенция — 4 человека (1,8 %),

- стриктура наружного отверстия уретры — 3 человека (1,3 %),
- стриктура задней уретры — 2 человека (0,8 %),
- склероз шейки мочевого пузыря — 3 человека (1,3 %),
- острый орхоэпидидимит — 2 человека (0,8 %),
- недержание мочи — 1 человек (0,4 %).

Таким образом, изучая отдаленные результаты ТУР аденомы простаты, мы пришли к заключению, что процент осложнений низкий, больные субъективно чувствуют значительное улучшение, самостоятельно себя обслуживают, что позволяет им достойно прожить остаток своих лет.

А.Б. СТАРЦЕВ

ВЛИЯНИЕ РЕНО-ПОРТАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА И ЕГО СОЧЕТАНИЯ С ОПЕРАЦИЕЙ МАЛЛЕГИ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Научный руководитель — А.П. Торгунаков

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

С 1982 по 1992 гг. в клинике общей хирургии КГМА прооперированно 23 больных с хроническим гепатитом (ХГ), по поводу которого им был выполнен левосторонний рено-портальный венозный анастомоз (РПВА). Из них, 12 мужчин и 11 женщин в возрасте 16-55 лет (средний возраст — $32 \pm 0,53$ года). Длительность заболевания ХГ в этой группе была от 1 года до 15 лет (в среднем, $6,0 \pm 1,6$ лет). В клинике у этих больных основными были абдоминально-болевого синдром (87,5 %), астенический (71 %), диспепсический (59,6 %), желтушный (56 %) и вегетативно-дистонический синдромы (56 %). Гепатоцеллюлярная недостаточность I-й степени была у 10 больных (43 %), II-й степени — у 9 (39 %). Для оценки влияния операции на печень, изучалась динамика билирубина, АСТ, АЛТ, ПТИ. Обследование проводилось в 1-й, 3-й, 5-й дни, при выписке, через 3 месяца и год после операции. В отдаленном периоде изучалась также динамика клинических симптомов, оценка изменений которых проводилась по специальной формуле.

Общий билирубин исходно был $22,41 \pm 2,59$ ммоль/л, через год уровень его стал достоверно ниже исходных цифр ($p < 0,01$). Уровень АСТ исходно был $0,7 \pm 0,12$ ммоль/л/час, через год после операции уровень уменьшился до

$0,52 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Уровень АЛТ исходно был $1,04 \pm 0,19$ ммоль/л/час, дальнейшая динамика была сходной с динамикой АСТ. Уровень ПТИ до операции был $81,5 \pm 2,07$ %, через год после операции уровень увеличился до $82,12 \pm 2,9$ % ($p < 0,01$).

По показателю клинической эффективности, через 3 месяца после операции отличный результат был у 10 больных (43,5 %), хороший — у 10 больных (43,5 %), удовлетворительный — у 2 (8,7 %), состояние без перемен было у 1 больного (4,3 %). Через 1 год после операции отличный результат был у 14 больных (60,9 %), хороший — у 5 больных (21,7 %), удовлетворительный — у 1 (4,3 %), состояние без перемен было у 3 больных (13 %).

Для поиска корреляционной связи между динамикой клинических симптомов и биохимическими показателями, пользовались пакетом прикладных программ «Статистика» (версия 6). Корреляционная связь не обнаружена.

Можно сделать вывод, что РПВА способствует улучшению состояния больных ХГ, оказывает регулирующее влияние на функцию печени, однако статистически достоверная связь между динамикой клинических симптомов и биохимическими показателями у этих больных отсутствует.

контуры этих вен совпадали по большей части ширины их в 11 случаях (44 %). Почечная вена, у места ее впадения в НПВ, и селезеночная вена, спроецированная на НПВ от места предполагаемого отсечения, располагались в непосредственной близости в 4 случаях (16 %), на расстоянии до 1 см друг от друга – в 6 случаях (24 %), на расстоянии более 1 см – в 3-х случаях (12 %). При этом расстояние от места предполагаемого отсечения селезеночной вены до НПВ колебалось от 2,5 до 7 см, составив, в среднем, $4,1 \pm 0,04$ см (требуемая длина трансплантата-вставки).

Дефицит хирургической длины селезеночной вены определяется расстоянием от ее устья до левого контура НПВ. В 5 случаях (19,2 %) НПВ была правее позвоночника на 0,3-1,5 см, в 5 (19,2 %) – левый контур НПВ и правый контур

позвочника совпадали, в 16 (61,6 %) – НПВ перекрывала позвоночник на $1/4$ - $2/3$ своей ширины.

Место слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен проецировалось по срединной линии в 42,3 % случаев, левее ее – в 34,6 %, правее – в 23,1 % случаев.

Скелетотопия вен показывает, что селезеночная вена чаще располагается на уровне первого и верхней трети второго поясничных позвонков (73 %), а левая почечная вена – на уровне второго поясничного позвонка и вышележащей межпозвонковой щели (84 %).

Таким образом, используя аутовенозный трансплантат-вставку, при условии, что селезеночная вена располагается выше почечной, СКВА можно сформировать в 52 % случаев.

Е.С. ТРУБАЧЕВА ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ОПЕРАЦИИ НА ОБЪЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Научный руководитель – А.П. Торгунаков

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Операции левостороннего рено-портального венозного анастомоза (РПВА) и денервации печеночной артерии, используемые для лечения хронического гепатита, улучшают функциональное состояние печени. Сведений о влиянии этих вмешательств на состояние желчного пузыря (ЖП) нам не встретилось.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния характера операции на объем желчного пузыря у больных хроническим гепатитом. До операции, через 3 месяца и через год после нее у 34 больных, наряду с другими исследованиями, проводилась внутривенная холеграфия. Для анализа холеграмм больные были разделены на две группы: первую группу составили 21 больной, которым проводилась операция РПВА, вторую – 13 больных, которым выполнялись денервация печеночной артерии или денервация печеночной артерии в сочетании с РПВА. Объем желчного пузыря в обеих группах до операции колебался в пределах от 30 до 160 мл.

До операции в первой группе было 81 % больных с объемом ЖП до 100 мл; через 3 месяца после операции с таким объемом ЖП

было 78,5 %, через год – 70 %. Как видно, существенных изменений объема ЖП после РПВА в динамике до 1 года не происходило.

Во второй группе больных объем ЖП до операции менее 120 мл был у 61,4 % больных, через 3 месяца – у 75 %, через год – у 83,4 % больных. Причем, у 66,7 % через год объем желчного пузыря не превышал 80 мл. Объем ЖП 130-160 мл отмечен у 38 % больных второй группы до операции, через 3 месяца после операции – у 25 % больных, через год – у 16,7 % пациентов. Объем ЖП, равный 90-120 мл, наблюдался у 30,7 % пациентов до операции, через год – у 16,7 % больных. Количество больных с объемом ЖП 50-80 мл было 30,7 % до проведения операции, через год – 66,7 %. Эти данные показывают, что через 3 месяца и год число больных с меньшим объемом ЖП во 2-й группе заметно возросло.

Полученные данные свидетельствуют о том, что РПВА не оказывает значимого влияния на объем ЖП, а денервация общей печеночной артерии способствует повышению тонуса стенки ЖП и уменьшению его объема. Возможно, проведение этой операции целесообразно при гипомоторной дискинезии ЖП.

А.А. ШАПКИН
ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ И ПЕРИТОНИТА

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Проблема лечения осложнений и перитонита, развившихся после вмешательств на органах брюшной полости, заключается в их ранней диагностике, следовательно, в проведении адекватного лечения. Это подтверждается и результатами лечения послеоперационного перитонита (ПОП), смертность при котором достигает 92,3 % (А.А. Шалимов, 1981).

В большинстве случаев диагностика ПОП основывается на выявлении клинических симптомов, при появлении которых проводятся инструментальные исследования для подтверждения развития патологического процесса. Сложность своевременной диагностики ПОП в раннем послеоперационном периоде связана с влиянием перенесенной операции, тяжестью основной и сопутствующей патологии, стертостью клинических проявлений.

С целью определения возможности ранней диагностики ПОП проведен анализ ведения 148 больных с ПОП после вмешательств на органах брюшной полости, находившихся на лечении в клинике хирургии Кемеровской областной клинической больницы в период с 1991 по 2000 гг.

В соответствии с клиническим течением ПОП было выделено два варианта — перфоративный, который наблюдался в 29 случаях (19,46 %) и неперфоративный (120 случаев или 80,54 %) (классификации Шапкина В.С., 1978; Григорьева Е.Г., 1996).

По уровню поражения желудочно-кишечного тракта пациенты с ПОП распределились следующим образом: после операций на верхнем отделе пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка) было 72 пациента (48,32 %); после вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны было 24 пациента (16,11 %); после операций на кишечнике — 53 пациента (35,57 %). Разделение на клинические варианты обусловлено характером развивающегося осложнения, возможностью его ранней диагностики, хирургической тактикой, результатами лечения.

При перфоративном варианте ПОП характерная картина перитонита развивалась в течение всего нескольких часов. ПОП диагностировался на $4,56 \pm 1,46$ сутки после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке и на $4,25 \pm 1,25$ сутки после операций на кишечнике. Оперативное вмешательство по поводу ПОП

проводилось через $4-24$ ($7,56 \pm 2,91$) и $3-16$ ($9,8 \pm 6,52$) часов от момента появления первых симптомов неблагополучия, соответственно. После вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны перфоративный вариант ПОП не наблюдался. Летальность при данном варианте ПОП составила 33,3 %.

Диагностика неперфоративного варианта ПОП более затруднена, что связано с нечеткой и сглаженной картиной развивающегося осложнения, влиянием проведенной операции, применением лекарственных препаратов (анальгетиков, антибиотиков). При этом неперфоративный вариант наблюдается в большинстве случаев. При неперфоративном варианте ПОП сроки диагностики были следующие: после вмешательств на верхнем отделе пищеварительного тракта — $6,87 \pm 2,75$ сутки, после вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны — $3,81 \pm 1,44$ сутки, после операций на кишечнике — $5,36 \pm 1,78$ сутки. После появления первых симптомов неблагополучия, оперативное вмешательство по поводу ПОП проводилось через $14-68$ ($23,8 \pm 13,3$), $4-54$ ($23,15 \pm 19,63$) и $10-54$ ($19,1 \pm 12,3$) часов, соответственно. Летальность составила 54,6 %.

Приведенные данные показывают, что проявление клинически значимых симптомов при ПОП имеет разное диагностическое значение, в зависимости от варианта его развития. В связи с тем, что яркая симптоматика перфоративного варианта ПОП проявлялась в более ранние сроки, диагностика, основанная на выявлении клинических симптомов, была своевременной. В то же время, появление симптомов перитонита при неперфоративном варианте ПОП уже свидетельствовало о значительной длительности процесса.

В связи с этим, для раннего выявления неблагополучия в послеоперационном периоде было предложено применить интегральные показатели APACHE III (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) и ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации), которые отражают изменение физиологических и биохимических процессов в организме при развитии воспалительного процесса. Использование этих показателей при их мониторинге позволяет получить объективную оценку тяжести состояния пациентов и уровня интоксикации при развитии осложнений. Применение данных показателей для раннего выявле-

ния развития ПОП особенно важно при перфоративном варианте его развитии, в связи со стертостью клинической картины.

Проведен ретроспективный анализ динамики показателей АРСНЕ III и ЛИИ в послеоперационном периоде при развитии ПОП, в сравнении с контрольной группой. Показатели АРСНЕ III и ЛИИ, как отражение изменений в организме после операции, повышаются на 5-8 % по отношению к дооперационным. При отсутствии осложнений в послеоперационном периоде, показатели АРСНЕ III и ЛИИ нормализовались к 4-5 суткам. При развитии ПОП отмечался прогрессивный рост показателей АРСНЕ III и ЛИИ на 5-10 % ежедневно, начиная со вторых-третьих суток после первичной операции, которые к 4-5 суткам достигали 80 баллов и 7,2-8,8 УЕ, соответственно, что свидетельствовало об объективном ухудшении состояния больного и развитии у него интоксикации. При перфоративном

варианте изменения интегральных показателей соответствуют сроку появления первых клинических симптомов. Клинические симптомы при перфоративном варианте ПОП отстают по своему появлению на 36-54 часов от начала изменений интегральных показателей (АРСНЕ III и ЛИИ).

Таким образом, применение интегральных показателей АРСНЕ III и ЛИИ позволяет выявлять развитие послеоперационных осложнений и ПОП в ранние сроки, особенно при стертой клинической картине, наблюдаемой при перфоративном варианте развития ПОП. Показатели АРСНЕ III и ЛИИ позволяют проводить объективную и стандартную оценку тяжести состояния и интоксикации и их динамическое наблюдение. Мониторинг интегральных показателей АРСНЕ III и ЛИИ позволяет стандартизировать уровень тяжести состояния больного и интоксикации на всех этапах ведения пациента.