

ды. Но исследованием закономерностей взаимодействия организма человека (отдельных групп населения и популяций) и окружающей среды (природных и социальных факторов) занимается гигиена (как и вся медицина). Сходство предмета изучения экологии (социологической науки) и гигиены (медицинской науки) очевидно. Различия определяют цели. Однако и цели имеют много общего. Цель экологии, например, состоит в рационализации природопользования, суть которого включает три аспекта: сырьевые ресурсы, категорию самоочищения и систему единства организации человека и окружающей среды. Вместе с тем, известно замечательное высказывание И.М. Сеченова о том, что « организм человека без внешней среды, поддерживающей его существование, немыслим ». В этой короткой фразе отражена суть теории единства организма и окружающей среды, принесшей приоритет и славу русской медицинской науке. Категории самоочищения, процессы обезвреживания и обеззараживания, как и в давние годы, так и теперь являются предметами изучения гигиены, объектом разработки гигиенических регламентов.

Задача экологии состоит в разработке мер по охране окружающей среды от загрязнения. В гигиене загрязнением условно принято считать те примеси к объектам окружающей среды ( атмосфере, гидросфере, биосфере и др.), которые обусловлены деятельностью человека. Количественная сторона загрязнения определяет ущерб, который может нанести человеческому обществу загрязнение прямо или опосредованно через повреждение экологических систем. И важнейшим компонентом охраны окружающей среды от загрязнения является установление критериев загрязнения. Экология пребывает в стадии разработки таких критериев. Медицинская наука владеет гигиеническими принципами и методологией регламентации загрязнения воздуха, воды, почвы, пищевых продуктов, которые в настоящее время используются и в экологии.

Понятие «охрана природы» представляет собой систему мер, направленную на поддержание рационального взаимодействия между деятельностью человека и окружающей природной средой, обеспечивающую сохранение и восстановление природных богатств, предупреждающую прямое и косвенное вредное влияние результатов деятельности общества на природу и здоровье человека.

Понятие «санитария» представляет собой направление в здравоохранении, суть которого состоит в совокупности учреждений и мероприятий, построенных на основе гигиенической науки и предназначенных для проведения широкой профилактики и оздоровления окружающей среды. Таким образом, и в вопросах практической реализации экологических и гигиенических разработок связь очевидна, как очевидна и целесообразность преподавания в медицинских вузах гигиены и экологии.

### **Фармако-иглорефлексотерапия у больных хроническим обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой**

Чельдиева З.В., Басиева О.З., Басиев З.Г.

*Северо-Осетинская медицинская академия и Республиканская клиническая больница, Владикавказ*

Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) и бронхиальная астма (БА) являются тяжелыми заболеваниями, приводящими к ранней инвалидизации и часто к неблагоприятным исходам. В то же время своевременно и грамотно проводимая адекватная терапия этих болезней в большинстве своем обеспечивает достаточное качество жизни и часто – работоспособность. Достаточно большой опыт дает основание полагать, что помимо фармакологического контроля ХОБ и БА эта группа больных нуждается в применении методов традиционной терапии и их сочетаний с лекарственными средствами. В настоящее время нами была применена метод фармако-иглорефлексотерапии (ФИРТ) у 40 больных (29 больных ХОБ и 11 – БА) в возрасте 22-65 лет. Женщин было 24, мужчин – 16. После обследования и применения стартовой терапии с целью повышения ее эффективности на 4-6 сутки в комплекс мероприятий включалась ФИРТ. Она проводилась методом классической акупунктуры и фармакопунктуры с использованием дексаметазона. Препарат вводился на глубину акупунктурных точек по 0,3-0,5 мл на одну точку (но не более 2 мл). Сеансы проводились ежедневно или через день. Курс лечения состоял из 10-15 сеансов. Использовались акупунктурные точки V12-V17 с обеих сторон. Для классической акупунктуры использовали точки E40, E36 также с обеих сторон. При синдроме возбудимости при БА акупунктура проводилась по точкам C 3, C5, R27, VG20, седативным аурикулярным точкам. Продолжительность сеанса ФИРТ определялась состоянием больных и объективными показателями (пульс, дыхание, АД, показатели реографии, динамика приступного синдрома и др.). В результате значительное улучшение было достигнуто у 28 больных, улучшение у 6. Шесть больных прервали лечение по немедицинским причинам. Следовательно, включение ФИРТ в комплекс современной терапии ХОБ и БА оправдано, а переносимость ее благоприятная.

### **К вопросу о хронических воспалительных заболеваниях толстой кишки**

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар*

В настоящее время одной из главных задач здравоохранения является изучение хронических воспалительных заболеваний толстой кишки, к которым относятся неспецифический язвенный колит (НЯК), болезнь Крона (БК) и недифференцированный язвенный колит. Это связано с прогрессивным увеличением заболеваемости населения всех стран мира данными формами патологического процесса. Отмечается поздняя диагностика этих заболеваний, так в течение

первого года от начала патологического процесса язвенный колит распознается только у 25% больных. У остальных же пациентов диагноз устанавливается только через 3 - 12 лет от появления первых признаков заболевания. С каждым годом его существования увеличивается удельный вес осложнений. Так, например, при длительности болезни Крона до 3 лет осложнения наблюдаются у 55% пациентов, а свыше указанного срока - у 100%. В последнее время участились наблюдения, при которых хронический воспалительный процесс в толстой кишке нельзя отнести ни к БК, ни к НЯК. В подобных ситуациях было предложено патологический процесс в толстой кишке характеризовать как недифференцированный язвенный колит.

В процессе оказания экстренной помощи больным, поступившим с явлениями распространенного гнойного перитонита, мы выявили и такое своеобразное атипичное течение местного воспалительного процесса толстой кишки, как сегментарные некрозы как тонкой, так и толстой кишки, при этом патолого-анатомические исследования удаленного сегмента кишки не подтверждали ни БК, ни НЯК, а только они не противоречили данным диагнозам. Местный патологический процесс у данной группы больных характеризовался крайней агрессивностью течения и не был обусловлен ни сепсисом, ни тромбозом мезентериальных сосудов, и был именно связан с наличием хронического воспалительного процесса в толстой кишке.

Под нашим наблюдением находилось 69 больных с БК и НЯК, имевших некроз и перфорацию ободочной кишки, из которых только у 7 (10,1%) на фоне хронического воспалительного процесса в толстой кишки имелся циркулярный некроз кишечной стенки на протяжении от 5 до 30 см, при этом у 4 пациентов одновременно была поражена толстая и тонкая кишка. Некроз ткани сопровождался их распадом. Это привело к развитию распространенного гнойного перитонита, который протекал на фоне тяжелого эндотоксического шока. У 6 пациентов это осложнение возникло после принятия молочных продуктов, а у 1 - алкоголя. Из 7 больных 5 было мужчин. Возраст больных был от 37 до 66 лет. Ни один из них ранее не лечился по поводу НЯК и БК, хотя все они несколько лет страдали запорами, которые периодически сменялись поносами и вздутием живота. У всех пациентов были тяжелые сопутствующие заболевания, в том числе: аллергический васкулит - 1, хронический алкоголизм - 2, ревматоидный полиартрит - 1, пиодермия - 1, туберкулез легких и хронический гепатит - 1, хронический остеомиелит - 1. Поражение тонкой кишки у 3 пациентов было одиночным - от ограниченного, до распространенного и только у 1 - оно носило множественный сегментарный характер. Толстая кишка была значительно расширена во всех отделах и имела массивные очаги кровоизлияний. Слизистая ее оболочка была изъязвлена на всем протяжении и имела все признаки хронического воспаления. У больных с поражением тонкой кишки выполнена резекция некротизированного сегмента. У 2 больных осуществлена левосторонняя гемиколэктомия (по методике Гартмана), а у 1 - правосторонняя с наложением иле-

отрансверзоанастомоза. Из 7 больных умерло 4. Причиной смерти послужил перитонит.

Таким образом, сегментарные некрозы тонкой и толстой кишки можно отнести к определенному своеобразному виду течения недифференцированного язвенного колита.

### **Состояние вегетативной нервной системы как критерий выбора поддерживающей терапии у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**

Шемятенков В.Н., Турукин С.В., Свищев А.Д.  
*Саратовский государственный медицинский университет, Саратов*

Вероятность рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) при отсутствии поддерживающей терапии достигает 50-90%. В связи с необходимостью длительного противорецидивного лечения анализ соотношения "эффективность/стоимость" при его назначении приобретает исключительно важное значение.

В данном исследовании анализировалось влияние вегетативной нервной системы (ВНС) на эффект от применения различных по стоимости препаратов (омепразола и фамотидина) в качестве поддерживающей терапии.

Противорецидивное лечение омепразолом в дозе 20 мг в сутки проводилось у 43 больных ГЭРБ, фамотидином - в дозе 20 мг 2 раза в сутки у 39 пациентов в течение года. Анализировалось количество рецидивов заболевания, подтвержденных эндоскопически. Перед началом терапии проводилось комплексное исследование ВНС с оценкой тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности, определением коэффициента Хильдебранта.

Суммируя результаты анализа эффективности применения омепразола и фамотидина у больных ГЭРБ в качестве поддерживающей терапии в зависимости от состояния ВНС, можно сформулировать условия, при которых применение препаратов дает одинаковое количество рецидивов в течение года. При данных условиях фамотидин является препаратом выбора из-за меньшей стоимости, если у больного ГЭРБ активация парасимпатического отдела ВНС >22%, коэффициент Хильдебранта <0,85 Ед, выраженность соляного рефлекса превышает 3,1 Ед, показатели вегетативной лабильности ОИЛ и КИЛ более 2,8 Ед и 4,6 Ед соответственно. Однако использование пяти критериев при выборе тактики поддерживающей терапии в пользу фамотидина или омепразола может вызвать определенные сложности в практической деятельности врача гастроэнтеролога. В связи с этим, нами была предпринята попытка разработки более простого интегрального показателя. Наиболее приемлемым математическим подходом при решении поставленной задачи является расчет условных вероятностей Байеса.

После математической обработки указанным методом результатов поддерживающей терапии у всей группы больных ГЭРБ (43 человека, принимавших фамотидин в дозе 20 мг 2 раза в сутки и 39 пациентов,