лидности. При рассмотрении повозрастных особенностей первичной инвалидности, устанавливаемой у детей можно выявить обратную закономерность: максимальные значения показателя отмечены в раннем возрасте (0-4 года) – в среднем, 28,7$^0/_{000}$, наименьшие в 10-14 и 15 лет – 21,6$^0/_{000}$ и 21,4$^0/_{000}$ соответственно.

Проведенные исследования с учетом пола и возраста ребенка показали, что среди мальчиков все показатели распространенности инвалидности статистически достоверно выше, чем среди девочек. Разница в соотношении распространенности детской инвалидности среди девочек и мальчиков становится заметной с возрастного интервала 5-9 лет (в среднем, - 1:1,3) и остается стабильной до 16-летнего возраста. При этом данная закономерность не распространяется на частоту выявления инвалидности, так наибольшие различия данного показателя среди мальчиков и девочек наблюдаются в возрасте 5-9 и 10-14 лет, а наименьшие 0-4 и 15 лет. Это может объясняться тем, что девочки недостаточно охвачены диспансеризацией с учетом специфических особенностей здоровья в пубертатном периоде.

В динамике за исследуемые годы заметно увеличились темпы возрастания “груза” патологии, а также темпы увеличения разрыва между частотой и распространенностью инвалидности. Так, если в 1996 г. в области распространенность инвалидности среди детей 10-14 лет превышала таковую у 5-9-летних в 1,2 раза, а у 0-4-летних в 2,2 раза, то в 2000 г. данные превышения составили: 1,2 и 2,4 раза соответственно. Соотношение между частотой и распространенностью детской инвалидности в различные возрастные периоды имеет определенную закономерность: наименьшие значения в возрастном интервале 0-4 лет, и наибольшие – в 10-14 и 15 лет. Однако в динамике за исследуемый период прослеживается увеличение разрыва между этими показателями во всех возрастных группах с увеличением темпов прямо пропорционально возрасту. В возрасте 0-4 лет соотношение между впервые установленной инвалидностью и распространенностью в 1996 г. составило – 1:2,4, в 2000 г. – 1:2,9; в возрасте 5-9 лет соотношение возрастает, в среднем, в 2 раза и в 1996 г. составляет – 1:5,2, в 2000 г. – 1:6,2; в возрасте 10-14 лет соотношение составило – 1:6,3 и к 2000 г. выросло до 1:10,3; в возрастном интервале 15 лет в 1996 г. соотношение составило – 1:7,8 и выросло к 2000 г. до –1:12,3.

Накопление груза болезней может косвенно свидетельствовать, с одной стороны, о недостаточных объеме и качестве профилактической работы, направленной на предупреждение хронизации болезней, что приводит к развитию тяжелых нарушений и ограничений жизнедеятельности, с другой стороны, о том, что содержание и результативность реабилитационной помощи не имеет нужной направленности.

Формирование "метаболического синдрома" у коренных жителей горного Алтая с артериальной гипертензией

Ефремов А.В., Подхомутников В.М.,
Литвинова Т.А., Антонов А.Р., Колонда Г.Г.
Государственная медицинская академия,
Новосибирск

Проведенное нами исследование концентрации инсулина и глюкозы в крови коренных жителей Горного Алтая с АГ показало, что гиперинсулиемия отмечается у теленгитов и алтай-кижи-2. В совокупности с показателями липидного обмена (гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией) можно говорить о наличии у теленгитов и алтай-кижи-2 «метаболического синдрома» при АГ, в основе которого лежит резистентность к инсулину тканей-мишеней. Компоненты этого синдрома уже сами по себе служат факторами риска сердечно-сосудистой патологии. С большой долей уверенности можно предположить генетически обусловленную предрасположенность к развитию инсулинорезистентности у этих больных. Компенсаторным ответом на резистентность тканей к инсулину является увеличение синтеза и секреции инсулина, в результате чего концентрация глюкозы поддерживается на нормальном уровне (что и отмечается в этих группах). При инсулинорезистентности тканей имеют место ингибирование активности липопротеидлипазы, что способствует гипертриглицеридемии, повышению аппетита и ожирению, формируя «порочный круг». хотелось бы подчеркнуть: скорее всего, у жителей Горного Алтая, прежде всего теленгитов и алтай-кижи-2, речь идет не о «полном метаболическом синдроме», а его модификации, когда имеет место сочетание не всех его факторов. Но сам факт его наличия проверен нами по методу J.Caro (1991): критерием является величина соотношения глюкоза/инсулин (цифры менее 6,0 характерны для больных с метаболическим синдромом).

Операционный стресс плода при кесаревом сечении

Жаркин Н.А., Зайченко С.И., Курабекова Н.А.
Государственный медицинский университет,
Волгоград

Проведено клинико-морфологическое исследование 100 беременных, из них 30 родоразрешившихся через естественные родовые пути (1-я клиническая группа) и 70 - путем операции кесарева сечения в плановом порядке по относительным показаниям со стороны плода. Из них 50 были прооперированы под эндотрахеальным наркозом (2-я клиническая группа) и 20 – под перидуральной анестезией (3-я клиническая группа). До операции состояние плаценты изучалось с помощью ультразвукового исследования определением степени ее зрелости и толщины. После операции удаленные из матки плаценты изучались с помощью морфологического и морфометрического метода. Выбор плацент в зависимости от метода обезболивания при операции кесарева сечения был случайным.

Макроморфометрические исследования свидетельствовали о достоверном увеличении массы и объема последов у родильниц, родоразрешенных путем операции кесарева сечения. Гистологическое исследование плацент в 1-й группе выявило незначительное кровенаполнение сосудов ворсин. Во 2-й группе - выраженное полнокровие сосудов ворсин в сочетании с диапедезными кровоизлияниями в строму, а в 3-й группе - умеренное полнокровие сосудов. Гистоморфометрически, при оперативном родоразрешении имеет место увеличение общего объема фетального сосудистого русла плаценты, характеризующееся развитием диффузной гиперемии ворсин хориона.

Таким образом, комплексное клинико-морфологическое исследование последов у родильниц, родоразрешенных различными способами свидетельствовало о существенной разнице по всем их макро - и микроморфометрическим параметрам после естественных родов и операции кесарева сечения. После оперативных родов имеет место задержка значительной части плодовой крови в плаценте, что, вероятно, усугубляет и без того сильнейший операционный стресс, обусловленный острой травмой плодовместилища и противоестественным извлечением плода. При этом плод остается незащищенным от ноцицептивного влияния стресса ни при эндотрахеальном наркозе, ни при перидуральной анестезии, что может обусловить неврологическую симптоматику и явления психотравмы у данной категории детей. В связи с этим требуется совершенствование анестезиологического пособия при операции кесарева сечения, проведение реабилитационных мероприятий в неонатальном периоде и последующем воспитании ребенка.

Оценка эффективности различных методов лечения рожи

Жаров М.А.
Городская клиническая инфекционная больница, Майкоп

Несмотря на предпринимаемые в последние годы усилия, рожа по-прежнему остается одной из наиболее распространенных инфекционных болезней человека, характеризуясь высоким удельным весом неблагоприятно протекающих геморрагических форм и выраженной склонностью к рецидивированию. Широкое использование антибиотиков способствовало значительному снижению летальности при роже, но не обеспечило предупреждения развития её геморрагических и рецидивирующих форм. Сложившаяся ситуация связана с недостаточной эффективностью существующих в настоящее время методов лечения этого заболевания, что заставляет пересмотреть основные подходы и диктует необходимость поиска новых лекарственных препаратов, способных воздействовать на синтез факторов регуляции клеточных взаимодействий в процессе развития болезни.

Одним из наиболее биологически активных в отношении регуляции функции моноцитов/макрофагов являются аминофталгидразиды, к которым относится галавит и его мазевая форма галавтилин, обладающие выраженным противовоспалительным, иммунотропным, обезболивающим, антиоксидантным и репатративным действием.

Нами изучено у больных рожей действие нового отечественного препарата галавтилин, являющегося корректором фагоцитарных реакций. Основные фармакологические эффекты галавтилина обусловлены способностью воздействовать на функционально-метаболическую активность макрофагов, при этом стимулируя микробицидную систему нейтрофильных гранулоцитов, усиливая фагоцитоз и повышая неспецифическую резистентность организма к микробным агентам. Для оценки эффективности различных методов лечения рожи, было выделено три группы больных с различными методами местного лечения воспалительного очага рожи при проведении всем стандартной комплексной этиопатогенетической терапии. 150 больных были включены по мере поступления в три, формируемые методом алфавитной рандомизации группы. В первую (основную) группу включены больные рожей, которым на фоне комплексной этиопатогенетической терапии применены местные аппликации на очаг воспаления галавтилина. Больным, второй группы (контрольной), местное лечение проводилось путем применения традиционной физиотерапии прерывистым курсом. Больным третий группы (контрольной), наряду с комплексным лечением прикладывали на очаг рожи повязки с 0,5% раствором хлоргексидина. Больным 2-й и 3-й групп на очаг воспаления рожи лица и осложненных формах различных локализаций прикладывали повязки с раствором фурацилина.

Включение в комплексную патогенетическую терапию больных рожей галавтилина обусловило более доброкачественное течение болезни. На 1-3 сутки применения галавтилина пациенты отмечали уменьшение болевых ощущений, чувства жжения в очаге воспаления. Длительность периода лихорадки и других симптомов интоксикации зависела от метода лечения. Продолжительность интоксикационного синдрома у больных 2-й и 3-й групп значительно превышал таковую у больных 1-й группы ($p<0,001$). Лихорадочный период в 1-й группе в среднем составил - 2,1±0,2, в контрольных – 4,7±0,2 и 4,5±0,1 дня. Продолжительность симптомов интоксикации в 1-й группе составила 1,38±0,9 дня, во 2-й и 3-й группах соответственно – 4,43±0,3 и 4,18±0,1($p<0,01$). Изучалась динамика местных патологических процессов. Было выявлено, что длительность гиперемии у больных 1-й группы составила 5,8±0,42 дня, в группах контроля – 11,6±0,89 и 14,3±1,73. Длительность сохранения геморрагии у больных геморрагическими формами рожи в основной группе сократилась и составила в среднем 7,7±0,6 дня, против 12,6±0,8 и 14,1±1,3 в контрольных группах ($p<0,01$).

Буллезные элементы при буллезной форме рожи в основной группе исчезали на 7,3±0,5 день лечения, в контрольных группах – на 12,4±0,9 и 14,3±1,6 день ($p<0,001$). Рост грануляционной ткани и эпителизация в основной группе уже начинались с 4-5 дня применения галавтилина. Региональный лимфаденит на фоне лечения галавтилином исчезал в 1-й группе больных в среднем на 8,5±0,8 день лечения, во 2-й и 3-й группах