

Такое техническое обеспечение санации брюшной полости, как аппарат «Гейзер» в сочетании интенсивной медикаментозной терапии позволили нам уменьшить летальность при разлитом перитоните во II фазе с 30 до 18%.

Корреляционная взаимосвязь между соматотипами и дерматоглифическими параметрами тела подростка

Семенчин Е.А., Луданов Г.Н.

*Ставропольский государственный университет,
Ставрополь*

Препубертатному периоду (переломному между статусом ребенка и взрослого) в отечественной литературе не уделяется достаточного внимания. А между тем проблема учета физиологических особенностей подростков этого периода является в настоящее время актуальной [4].

На первом этапе проведенных исследований с помощью статистических методов (корреляционный, факторный анализ, распределение Стьюдента) определялся соматотип подростка (астеноидный, торакальный, мускульный, дигестивный, неопределенный). Для выборки объема 165 подростков из двух городов Ставропольского края (г. Ставрополь, г. Кисловодск) с помощью t -распределения Стьюдента при уровне значимости $P \geq 0,05$ были установлены процентные соотношения соматотипов этих подростков: 48,65% – астеноидный; 43,24% – торакальный; 5,41 – мышечный; 2,7% – дигестивный и неопределенный. Легко видеть, что преобладающим соматотипом является астеноидный.

Известно [3], что существует устойчивая взаимосвязь между соматотипами и дерматоглифами: у представителей астеноидного типа телосложения дуги встречаются чаще, завитки – реже, чем у представителей дигестивного соматотипа и т.д. Наиболее распространенные дерматоглифические (пальцевые) узоры по Кривичу И.П. подразделяются на ульнарные петли, завитки, дуги, сложные и составные узоры, радиальные петли.

На втором этапе проведенных исследований, с помощью корреляционного анализа соматотипов и дерматоглифических параметров тела подростков было установлено, что: коэффициент корреляции между неопределенным соматотипом и завитками равен $r=0,7$; между торакальным соматотипом и дугами – $r=0,6$; между мус-

кульным соматотипом и ульнарными петлями – $r=0,65$; между астеноидным соматотипом и сложными узорами – $r=0,72$.

Литература

1. Бейлин Н. Статистические методы в биологии. Пер. с английского. – М.: Мир. 1962.
2. Иванов В.М., Калинина В.Н., Нешумова Л.А., Решетникова И.О. Математическая статистика. – М.: Высш. Школа, 1981.
3. Каминский Л.С. Статистическая обработка лабораторных и клинических данных. – М.: Медицина. 1964.
4. Хить Г.Л. Дерматоглифика народов СССР. – М.: Наука, 1983.

Возможности склеротерапии вен пищевода на современном этапе лечения синдрома портальной гипертензии у детей

Тараканов В.А., Старченко В.М., Полеев А.В.
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Целью настоящей работы было определение эффективности эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен пищевода у детей с синдромом портальной гипертензии.

Материалы и методы. С 1997 г. в клинике детской хирургии КГМА в лечении варикозного расширения вен пищевода (ВРВП) при синдроме портальной гипертензии (СПГ) применяется методика ЭС. Этот метод применён у 65 детей в возрасте от 8 месяцев до 15 лет. Мальчиков было 37 (57 %), девочек - 28 (43 %). Распределение больных по формам СПГ было следующим: подпечёночная - 53 (82 %), внутripечёночная - 5 (8 %) и смешанная форма - 7 (10 %). На момент поступления в клинику 11 детей (17 %) имели ВРВП - I-II степени, 16 (25 %) - III степени, 16 (25 %) - IV степени, 22 (33 %) - V степени.

До начала склеротерапии кровотечение из ВРВП отмечалось у 41 (63 %) больных. Причём у 22 детей пищеводное кровотечение (ПК) было однократным, у 9 - двукратным, у 6 - кровотечение рецидивировало 3 раза, а у 4-х в анамнезе отмечалось по 4 эпизода геморрагий. У 24 детей (37 %) до начала ЭС кровотечений в анамнезе не было.

Из всей группы больных 21 человек (32 %) ещё до применения ЭС были оперированы по поводу СПГ и её осложнений (выполнялись операции гастроэзофагеального разобщения).

Считаем тактически обоснованным применение ЭС в следующих случаях: 1. ВРВП у пациентов, не имеющих в анамнезе ПК (профилактическое ЭС). 2. ВРВП у детей, перенёсших в анамнезе ПК (элективное ЭС). 3. У больных с сохраняющимся ВРВП после операций по поводу СПГ. 4. В ближайшие 10 дней после ПК, остановленного консервативно (экстренное ЭС). 5. У детей с циррозом печени, как альтернатива оперативному лечению.

ЭС выполнялось по принятой в клинике методике и схеме. В качестве основного склерозирующего препарата применяли 3% р-р тромбовара. Детям исследуемой группы проведено от 3-х до 11-ти сеансов ЭС (в среднем - по 4). Осложнения метода склеротерапии развились у 3 больных (5 %) в виде явлений постсклеротического стеноза кардиального отдела пищевода (пациенты, которым было выполнено 8-10 сеансов ЭС). Это потребовало проведения по одному курсу бужирования пищевода, чего было вполне достаточно для ликвидации стеноза.

Результаты. После проведённого курса ЭС у 27 детей (41 %) удалось полностью ликвидировать ВРВП. У 15 чел. (23 %) отмечен выраженный эффект (уменьшение ст. ВРВП, отсутствие ПК и его рецидивов), у 17 чел. (25 %) - удовлетворительный эффект (ВРВП не прогрессирует, нет ПК). У 7-и больных (11 %) ЭС было неэффективным, что объяснялось локализацией варикоза в области кардиального отдела и дна желудка и явилось показанием к оперативному лечению (выполнены операции спленоренального шунтирования).

Соответственно вышеизложенному следует, что ЭС не всегда имеет положительный эффект, и это требует применения других методов лечения, а именно:

1. При возникшем ПК, не поддающемся комплексу консервативных мероприятий в течение 24-48 часов, на высоте кровотечения предпочтительнее выполнять операцию гастроэзофагеального разобщения в сочетании с перевязкой селезёночной и левой желудочной артерий.

2. При прогрессировании варикозного расширения вен пищевода, появлении эндоскопических признаков угрозы ПК, несмотря на проводимую склеротерапию, предпочтение отдаём операции дистального спленоренального шунтирования в плановом порядке.

3. В случае СПГ, осложнённого гиперспленизмом, резистентным к медикаментозному лечению, выполняем спленэктомию в сочетании с

проксимальным спленоренальным шунтированием или гастроэзофагеальным разобщением.

Выводы. Таким образом, эндоскопическое склерозирование является весьма эффективным в лечении ВРВП у детей с синдромом портальной гипертензии, как самостоятельный метод лечения, в большинстве случаев, так и в сочетании с хирургическим методом и медикаментозной терапией. Разработанную в клинике методику и тактическую схему ЭС рекомендуем для широкого практического применения.

Методы лазеротерапии при астматическом бронхите

Тезиева З.Р., Басиева О.З.

Северо-Осетинская медицинская академия МЗ РФ, Владикавказ

Согласно МКБ десятого пересмотра (ВОЗ, Женева, 1992) выделяется астматический бронхит (АБ), который рассматривается как бесприступная мягко протекающая бронхиальная астма (БА). Для АБ характерны наличие дыхательного дискомфорта, внелегочная аллергия, эозинофилия мокроты и (или) крови, наследственная предрасположенность к аллергической патологии. Лечение таких больных затруднительное, а несвоевременность и неполноценность терапии чревато переходом АБ в клинически оформленную БА. С целью повышения эффективности лечения АБ в комплекс мероприятий, как правило, нами включается лазерная терапия (ЛТ). В этом аспекте обследовано 85 больных АБ в возрасте 17-58 лет. Дыхательный дискомфорт и дистантные хрипы в период обострения процесса в сочетании с аллергическим ринитом установлены у 24 %, у 19 % имела эозинофилия, у 17 % - наследственные признаки по аллергическим болезням, у 40 % диагностировались сочетания этих состояний.

В дополнение к адекватно подобранной стандартной терапии всем больным назначалось внутривенное облучение крови (ВЛОК). При ринитах ВЛОК сочеталось с трансназальным лазерным воздействием. В остальных случаях ЛВ производилось над областью надпочечников и парастернально. Для ЛТ использовались низкоинтенсивные источники красного и инфракрасного излучения (БИОЛАЗ, УЗОР, АЛОК-1) в спектре 630 нм, мощностью 4 мВт на выходе датчика в постоянном или частотном режимах. Курс лечения состоял из 10 сеансов. С учетом