

стой дыхательных путей, ее повышенную восприимчивость.

Большой удельный вес в структуре заболеваемости имеют: гипертоническая болезнь – 5.9%, ишемическая болезнь сердца – 1.8%.

Этой группой заболеваний больше страдают лица старшего возраста и мужчины и женщины. Увеличение ее в большой степени обусловлено нервно-эмоциональным напряжением на работе и в быту.

На предприятии после известных реорганизаций в основном остались профессионалы, лица старшего возраста, которые больше подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

Увеличилось число больных с заболеваниями желудочно-кишечной группы, в частности – язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки, удельный вес в структуре заболеваемости – 2,9%. Этой патологией в основном болеют мужчины – до 90%, преимущественно молодого возраста.

В этом случае тоже большое влияние оказывает воздействие вредных привычек – алкоголизм, табакокурение.

Ухудшение экономического уровня населения негативно отражается и на качестве питания, следствием чего и является рост заболеваний желудочно-кишечной группы

Повысилось количество больных с заболеваниями печени, эндокринной патологией, удельный вес в структуре заболеваний – 5,3%. Больных больше среди женщин старшего возраста, чаще с избыточной массой тела, что является результатом неправильного питания, гиподинамии.

Определяется рост онкологических заболеваний. Больше болеют мужчины, чаще среднего возраста.

Большое влияние на рост этой патологии оказывают также экзогенные факторы: алкоголизм, табакокурение, напряженное социально-экономическое положение населения, нервно-эмоциональное напряжение.

Учитывая описанные факторы, проводится направленная лечебно-профилактическая, оздоровительная работа: амбулаторно, стационарно и санаторно-курортное лечение.

Проводятся мероприятия, направленные на улучшение условий труда, устранение факторов, воздействующих на состояние здоровья рабочих, улучшение профессиональной экологии.

Больные, страдающие хроническими заболеваниями, берутся на диспансерный учет соответствующими специалистами после проведения необходимого комплекса обследования и лечения, при необходимости – консультации специалиста-консультанта.

При проведении лечебно-оздоровительных, профилактических мероприятий применяются возможные, доступные новейшие схемы и методы обследования и лечения, учитывая стадию, тяжесть заболевания.

Ведение системного наблюдения за здоровьем контингента рабочих дает значительные положительные результаты в предупреждении заболеваний у здоровых лиц или обострений уже имеющихся заболеваний у больных путем проведения соответствующих лечебно-оздоровительных, профилактических, санитарно-гигиенических и социальных мероприятий.

Таким образом, многолетнее, в течение 26 лет, наблюдение за контингентом рабочих, занятых стекольным производством, показало, что такие лица подвергаются ряду профессиональных воздействий, как-то: ингаляция кварцевой пыли, загазованность, высокое тепловое излучение, физическое напряжение, стереотипные физические движения, обусловленные технологией производства.

В связи с этим в этой группе лиц необходимо производить обследование не менее 2 раз в течение года – вопреки приказу МЗ РФ №90 от 14.03.1996г, с комплексом мероприятий по устранению вредных экологических факторов на месте производства.

Разработанная нами методика учета наблюдения и профилактики показала, что уровень заболеваемости имеет тенденцию к снижению и уменьшению экономических затрат на лечение и реабилитацию при временной нетрудоспособности.

Показатели временной нетрудоспособности в случаях и днях в расчете на 100 работающих за последние три года:

1999г.: 33.6 – 845.7, 2000г.: 33.7 – 551.3; 2001г.: 31.6 – 463.1

Обращает на себя внимание, что соблюдение нами критериев наблюдения контингента и проводимые мероприятия позволили за последние 20 лет предотвратить профессиональные заболевания на предприятии.

СОЭ у женщин с дегенеративно-дистрофическими поражениями та-зобедренного сустава перед его тотальным эндопротезированием в за-висимости от возраста

Борковский А. Ю.

*РосНИИТО им. Вредена, СПбМАПО,
Санкт-Петербург*

Воспалительный элемент неотъемлемая часть патогенеза дегенеративно-дистрофических

процессов в суставе. СОЭ один из диагностических тестов при оценке воспалительного процесса. Цель: определить возрастзависимые изменения показателя СОЭ у женщин с дегенеративно-дистрофическими поражениями тазобедренного сустава в предоперационном периоде.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 663 женщин (от 19 до 89 лет). Всем пациенткам в период с 1990 по 2002 г. г. в РосНИИТО им. Р. Р. Вредена произвели тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу дегенеративно-дистрофических поражений сустава. В группу вошли лица с гладким послеоперационным течением, без осложнений. Проанализировано 1313 результатов исследований СОЭ, которые определяли за 1-7 дней до операции. Все пациентки были разделены на группы с разницей в 1 год. При составлении групп по принципу каждая с каждой (U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни) установлено, что СОЭ в возрасте 21, 27, 32, 39, 40, 41, 57, 80 лет значимо выше ($P < 0,05$) более чем в половине остальных групп. В остальных группах таких существенных отличий не выявлено. По нашему мнению полученные данные отражают дифференцировку возрастной периодизации регуляторно-метаболических процессов.

Клиника и лечение кишечного амебиаза

Витковская В.А.

Астраханская Государственная Медицинская Академия, Астрахань

Под наблюдением находилось 17 больных с кишечным амебиазом. Начало болезни было острым или с продромальными явлениями в виде недомогания, головной боли, понижения аппетита, болей в животе, вздутия. В остром периоде у основной массы (80 %) боли были схваткообразного характера с преимущественной локализацией в области слепой кишки, нередко наблюдались тенезмы.

Характерными симптомом амебиаза являлось расстройство стула. Стул жидкий от 3-4 раз был в 8 случаях в большом количестве слизи; у 7 больных – до 10-15 раз в сутки со слизью и кровью, в испражнениях было много кристаллов Шарко-Лейдена. При ректороманоскопии слизистая у 12 больных имела катарально-эрозивный, у 4^х – язвенно-некротический проктосигмоидит.

Для лечения использовались метронидазол, тинидазол, тиберал.

Дифференцированный анализ показателей тромбоцитарного и плазменного гемостаза у здоровых людей

Воробьев В. Б., Бехтерева Н. А., Прутков В. Е., Карлина Н. В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов - на - Дону

За последние годы опубликовано большое количество работ, посвященных проблемам гемостазиологии. Однако до сих пор остается много неизученных аспектов функционирования системы свертывания крови в физиологических условиях. Все это и обуславливает актуальность данного исследования. Нами обследовано 20 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 32 лет. Исследование гемостаза впервые проводилось методом дифференцированной электрокоагулографии (по Воробьеву В.Б., 1996) с использованием тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазмы с применением фазового анализа и оценки состояния структурных и хронометрических показателей гемостаза.

При фазовом анализе электрокоагулограмм нами были получены следующие результаты. Первая фаза свертывания в бестромбоцитарной плазме была в 2,5 раза укорочена по сравнению с тромбоцитарной плазмой, что указывало на ускорение образования тромбопластина в бестромбоцитарной плазме. Продолжительность второй фазы была на 67% меньше в бестромбоцитарной плазме по сравнению с тромбоцитарной плазмой. Этот факт подтверждал относительное повышение скорости и интенсивности полимеризации фибрин-мономерных молекул в бестромбоцитарной плазме. Константа использования протромбина тромбопластином в тромбоцитарной плазме оказалась на 65% выше по сравнению с бестромбоцитарной. Это свидетельствовало об относительно большей интенсивности образования тромбина в тромбоцитарной плазме. На факт формирования в тромбоцитарной плазме более плотных кровяных сгустков указывало увеличение показателя эластичности сгустка на 25% по сравнению с бестромбоцитарной плазмой. В бестромбоцитарной плазме практически здоровых людей отмечалось повышение константы L на 41% по сравнению с тромбоцитарной плазмой. Это свидетельствовало об относительном повышении в бестромбоцитарной плазме как динамических, так и хронометрических процессов полимеризации фибрина и их контрактильных свойств. Коагуляционная активность бестромбоцитарной плазмы была в 2 раза выше, чем в тромбоцитарной плазме.

Таким образом, процессы появления тромбопластина и полимеризации фибрина в бестромбоцитарной плазме у здоровых людей протекали