

метастазов в связи с радиорезистентностью части опухоли, является наличие в ней гипоксического пула опухолевых клеток. В связи с этим нами апробирован в эксперименте и внедрен в клиническую практику способ применения дифференцированно действующего радиомодифицирующего агента – анаболического стероида - метандростенолона, который, с одной стороны, усиливает пролиферативную активность опухолевых клеток, а с другой – повышает их чувствительность к ионизирующему излучению. Одновременно с этим при отсутствии шейных регионарных метастазов мы стали сопровождать ДГТ регионарной внутриартериальной адекватной химиотерапией, а при наличии одно- или двусторонних метастазов производили внутрипреднадгортанниковое введение цитостатиков после определения индивидуальной чувствительности опухоли к ним. Кроме того растворы цитостатиков вводились на фоне локальной СВЧ гипертермии после предварительного их озвучивания низкочастотным ультразвуком, что способствовало переводу покоящихся гипоксических клеток в состояние активной пролиферации и повышению их восприимчивости к лучевому воздействию.

Применение такого терапевтического комплекса в дополнение к ДГТ позволило добиться стойкой резорбции опухоли и сохранить гортань и все ее функции у 75-80% больных III стадии рака гортани.

Такое локорегионарное введение в преднадгортанниковое пространство противоопухолевых химиопрепаратов при раке гортани в дополнение к лучевому воздействию защищено авторским свидетельством и патентом (Патент РФ № 1688480 от 20 мая 1993г.).

Дело в том, что при раке гортани это пространство поражается в первую очередь вследствие того, что задней его стенкой является фиксированная часть надгортанника, входящего в вестибулярный отдел гортани, в котором чаще всего выявляются первые признаки развития ракового процесса.

Наряду с этим в своей практической работе мы нередко сталкиваемся с явлениями вторичного воспаления и отека слизистой оболочки после облучения гортани по поводу рака, что сопряжено с появлением стеноза голосовой щели и затруднением дыхания.

При хронически нарастающем затруднении дыхания различают 3 степени стеноза. При декомпенсации, т.е. III степени, когда дыхание становится частым, поверхностным, ослабевает пульс, нарастает цианоз, только срочно выполненная конико- или трахеотомия способна восстановить дыхание и сохранить жизнь больного.

При компенсированном дыхании (стеноз I-II степени), особенно в случаях постлучевых отеков слизистой оболочки гортани, отеков вследствие присоединившейся вторичной инфекции при гнойно-некротическом распаде опухоли, а также при вульгарных воспалительных процессах (отечный ларингит, эпиглотид и др.) мы, как правило, с успехом прибегаем к внутрипреднадгортанниковому введению 1 мл дексаметазона, 1 мл преднизалона или 2-3 см³ (50-75 мг) гидрокортизона, а также адекватного антибиотика.

Такие максимально приближенные к очагу поражения лекарственные средства создают благоприятные условия для их депонирования и пролонгированного действия, что буквально на 2-3 сутки купирует процесс и объективно устраняют угрозу нарастания стенотического дыхания.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИЧЕСКИ – – ДЕСТРУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В МЫШЦАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Шапошников В.И., Шапошникова Г.В.

*Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к купированию деструктивного процесса в мышцах плечевой кости, является восстановление нарушенной микроциркуляции в зоне повышенного внутрикостного давления, а также удаление из него, накопившихся биологически активных продуктов распада ткани. В общей своей совокупности эти факторы изо дня в день усиливают локальный дистрофический процесс и поэтому консервативная терапия носит только паллиативный характер. Эти данные послужили теоретической основой для разработки миниинвазивного способа лечения больных, с описанной костной патологией (патент РФ № 2066138 от 10.09.1996 г.)

Ранним симптомом асептического некроза костной ткани является боль в области поражения, которая резко усиливается ночью. Движения в конечности становятся болезненными. При поражении мышечков плечевой кости быстро развивается сгибательная контрактура локтевого сустава. При поколачивании кончиком пальца по тканям над очагом поражения возникает резкая боль. Раз возникнув, боль полностью никогда не проходит, а физиотерапевтические процедуры лишь несколько снижают ее интенсивность. На рентгенограммах определяется локальный остеопороз, который имеет неправильную форму. Со временем очаг поражения увеличивается в размерах, а в зоне близлежащего к нему коркового слоя развивается склероз. Рядом с основным очагом разрушения часто появляются и дочерние. В своих полостях они содержат слизисто - маслянистую жидкость. Для прогноза лечения имеет значение выполнение операции в начальных стадиях развития заболевания.

Метод и материалы. Описываемая ниже методика операции, была выполнена у 31 больного с деструктивным процессом (асептическим некрозом) в области мышечков плечевой кости, в том числе: у 15 (48,4%) был поражен только один наружный мышечлок, у 7 (22,6%) - два наружных, у 7 (22,6%) - оба мышечка (внутренний и наружный) на одном плече, у 2 (6,4%) - оба мышечка на левом и правом плече. Таким образом, всего хирургическому лечению был подвергнут 51 очаг асептического некроза. Возраст больных был от 41 до 60 лет. Женщин наблюдалось 19 (61,3%). В анамнезе на повторные травмы указывал 21 (67,7%) пациент. Беспричинно же заболевание развилось у 32,3% больных.

Методика операции. В области проекции очага поражения костной ткани производят трепанацию кортикального слоя кости толстым шилом с погружением его острия в зону некроза. Затем, не извлекая шила, делают им вращательное движение под углом 35 - 45°, при этом конец инструмента, находящийся в очаге, производит конусовидное разрушение губчатой кости. После извлечения шила, по образованному каналу начинает поступать жировидный тканевой детрит. Вслед за этими, в костную полость вводят обычную костную ложечку, имеющую изгиб дистальной части под углом 160 - 150° (для удобства разрушения участков асептического некроза, лежащих в стороне от проделанного шилом канала). Ложечкой осуществляют как закрытую экскокхеацию патологического очага, так и частичное разрушение соседних участков губчатой кости и внутренних слоев кортикального слоя. Во время манипуляции мимо ложечки под давлением выделяется до 1 мл жировидно - кровянистого детрита. Ложечку, за весь период выскабливания, из костной полости не извлекают. Фрагменты разрушенной здоровой губчатой кости и кортикального слоя остаются в полости и тем самым они вместе с кровяным сгустком пломбируют ее. После разрушения очага, ложечку извлекают и на зону прокола кожи накладывают асептическую повязку. Ни у одного больного не было образования гематомы в зоне трепанации кости, а повязка в виде пятна промокала до 3 суток У 87% больных операция была выполнена под местной анестезией. На следующий день после операции приступают к активной разработке суставов конечности с одновременным применением физиотерапии. Осложнений нет. Наблюдения от 2 до 20 лет. Рентгенография показала восстановление структуры кости через 3 недели после операции.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

г. КРАСНОДАРА

Швец А.А., Нефёдов П.В.
Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар

Полноценное питание является одним из важнейших факторов, формирующих здоровье населения. Нарушения в структуре и качестве питания отрицательно сказываются на физическом развитии, иммунологическом статусе организма, умственной и физической работоспособности. Кроме того, повышается восприимчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

С момента рождения до наступления зрелости человеческого организм находится в постоянном развитии. Быстрое физическое развитие ребенка - дошкольника сопровождается увеличением массы всех органов и систем детского организма, интенсивности метаболизма. Указанные процессы требуют поступления энергетических и пластических веществ. Поэтому вопросы питания детей и его организация все-

гда находятся в центре внимания семьи, врачей-педиатров, гигиенистов.

Основным принципом организации питания дошкольника является соответствие количества и качества пищевых веществ, к которым относятся белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные соли, микроэлементы и вода, возрастным особенностям организма ребенка.

Исследование по оценке фактического питания дошкольников в ДООУ выполнено на базе 4-х ДООУ г. Краснодара. Структуру фактического питания оценивали по общей калорийности, содержанию основных пищевых веществ (белков, жиров, углеводов), а также витаминов А,С, группы В, РР и минеральных элементов (калия, натрия, кальция, фосфора, железа, магния). Оценка качественного и количественного состава рационов питания детей в ДООУ проводилась с учетом «Норм питания в детских яслях, детских учреждениях, детских садах, яслях-садах» (Постановление Совета Министров СССР от 12.04.1984 г) и «Норм физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР» (№ 5786-91 от 28.05.1991г.).

Во всех 4-х исследованных нами ДООУ был использован один и тот же набор продуктов для питания детей, соответствующий рекомендациям Института питания РАМН РФ.

Проводя оценку продуктового набора, использованного в детских дошкольных учреждениях г. Краснодара, было отмечено, что в течение года дети получают завышенные количества круп, бобовых, макаронных изделий в сравнении с рекомендованными нормативами в среднем на 51,1 % в зимне-весенний и на 48,9 % в летне-осенний.

Необходимо отметить, что большим недостатком в ДООУ является недополучение дошкольниками такого распространенного на Кубани овоща, как картофель. В сравнении с рекомендованными нормативами, дошкольники недополучали данный вид продукта на 20,5 % (или в среднем на 45 г ежедневно) в зимне-весенний период и на 66,0 % (или в среднем на 145 г ежедневно) в летне-осенний.

Хлеб пшеничный выдавался детям практически в соответствии с нормативами (недополучение около 6 % ежедневно в течение года), а вот недостаток ржаного хлеба составил в зимне-весенний период 16 г или 26,7 %, в летне-осенний - 18 г или 30 %.

Настораживает недостаток потребления детьми свежих фруктов: в зимне-весенний период - на 16,7 % (или в среднем на 10 г ежедневно), а в летне-осенний период - в рассматриваемых ДООУ их детям вообще не выдают. Как это ни парадоксально, но в летне-осенний период, когда на Кубани избыток свежих фруктов, детям в рацион включают вместо свежих фруктов - сухофрукты.

Данные недостатки в организации питания дошкольников в ДООУ г. Краснодара могут быть связаны с высокой стоимостью фруктов даже в летне-осенний период года. Но недополучение картофеля в рационе в тот период года когда он наиболее дешевый по стоимости - не совсем понятно.

В дополнение к вышеописанным проблемам, продуктовый набор включает повышенное почти в 2