чески полного отсутствия документов регламентирующих работу государственных и частных клиник.

В связи с этим есть необходимость координации работы бюджетных и коммерческих звеньев здравоохранения больших городов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубанова А. А. и др. Особенности выявления заболеваний, передаваемых половым путем, у женщин, обратившихся в кабинеты анонимной диагностики // Вестник дерматологии и венерологии. 1998. № 1. С 21 – 23.

2. Кулаков В. И., Данилишина Е. И., Чичерин Л. П. Охрана здоровья женщин и детей // Здравоохранение России. XX век./ Под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ГЕОТАР – МЕД., 2001. С 125 – 173.

3. Кунгуров Н. В., Хальфин Р. А., Сырнева Т. А., Марченко Н. В. Опыт организации борьбы с сифилисом в субъекте Российской федерации. – Екатеринбург, 2002. – 249с.

4. Мавров И. И. Половые болезни. – М., 2002. – 752с.

5. Павлова Ю. Н. Оптимизация профилактики ИППП/ВИЧ среди работниц секс – бизнеса в условиях крупного промышленного центра сибири: Автореф. Дис. …канд. мед. наук. Красноярск, 2004. 23с.

К ВОПРОСУ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПЛАСТМАССОВЫМИ ТРУБКАМИ

Шапошников В.И.

Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Важным фактором, предрасполагающим к успеху лечения больных с различными видами непроходимости пищевода, относится наличие способов восстановления пассажи пищи по просвету этого органа на любом уровне локализации патологического процесса. Известно, что аутопластика пищевода желудком, тонкой и толстой кишкой проксимальнее от среднего его отдела крайне затруднена, а верхней трети просто невозможна. Однако раковые, рубцовые и другие виды сужений именно этих частей пищевода встречаются довольно часто, при этом единственным способом обеспечения питания у них считают гастростому, что делает жизнь этих больных предельно дискомфортной до последних мину существования. В 60 - 70 годах прошедшего века данную проблему ряд авторов пыталось решить путем разработки различных способов протезирования пищевода пластмассовыми трубками (в те годы эти операции именовались аллопластикой). С 1950 года по 1966 год протезирование пищевода отечественными и иностранными авторами было выполнено у 122 больных раком пищевода, из которых благоприятный исход лечения был получен у 81 пациента (66,4%). Продолжительность жизни больных после данной методики операции составила от 1 месяца и до 2,5 лет. Одновременно различными исследователями были проведены многочисленные исследования на животных. Подобные эксперименты были проведены и нами на 35 собаках. Во всех опытах в качестве протезов применялись полиэтиленовые трубки, причем в 15 случаях была использована лишь одна трубка длиной от 4 до 14 см и диаметром 16 мм с толщиной стенки 0,4 - 0,6 мм, а в остальных 18 случаях - две трубки, одна их которых (внутренняя) выполняла роль протектора (строение было аналогичным как и у описанной выше трубки), а вторая же помещалась сверху первой и по своему назначению являлась постоянным протезом (длина ее была от 6 до 16 см, диаметр - 20 мм, толщина стенки - 0,2 мм). У второй трубки было от 4 до 12 боковых окон диаметром 0,5 см (для прорастания грануляций). В 25 опытах между трубками помещалась ксеноткань (серозно-мышечная оболочка тонкой кишки свиньи). Из 33 собак лишь одна благополучно перенесла операцию и была умерщвлена через 2,5 года с целью изучения характера гистологического строения ткани в зоне протезирования. Остальные 32 собаки погибли через 1 - 6 суток после операции от следующих причин: от быстро развившегося ателектаза легких и гидропневмоторакса - 28, от гнойного медиастинита - 3, от кровотечения - 1. Основной причиной неудач послужили трудности в послеоперационном уходе за животными - осложнение развивалось после начала кормления животного, при этом у них невозможно было избежать мощных глотательных движений. Выжило только животное, у которого была наложена гастростома, через которую ему в течении 2 недель проводилось питание в фиксированном положении. Это способствовало укреплению протеза в тканях средостения - эзофагоскопия через 3 недели после операции показала, что внутренняя трубка мигрировала, а через окна наружной трубки в ее просвет выступают грибовидной формы красные грануляции. Рентгенография осуществленная через 3 месяца после операции засвидетельствовала то, что трубка все еще находится в тканях средостения. При вскрытии же животного этой трубки уже не обнаружено. На месте бывшего протеза на протяжении 8 см находилась рубцово - слизистая трубчатая ткань с элементами мышечной ткани в виде тяжей разной длины и ширины. Следовательно, обеспечение должного ухода за собакой позволило достигнуть желаемого результата протезирования пищевода, при этом внутренняя трубка выполнила роль первичного каркаса для тканей в области дефекта пищевода, а вторая - поддерживала это состояние до развития зрелой рубцовой ткани. Срок миграции наружной трубки превышал 3 месяца после операции. Повидимому к этому сроку эксперимента уже отпала угроза развития рубцового стеноза в области протяженного циркулярного дефекта пищевода.

Несмотря на столь малоблагоприятные результаты экспериментальных исследований по протезированию пищевода, можно заключит следующее, что прогноз лечения напрямую зависит не от методики операции, а от скрупулезности ухода за животным во все сроки эксперимента. Конечно у человека этот уход можно обеспечить более надежно, а значит и прогноз лечения будет более обнадеживающим. Об этом свидетельствуют имеющиеся клинические наблюдения. Исходя их этого можно с полной уверенностью утверждать то, что метод протезирования пищевода неоправданно забыт, и что он все же имеет реальные возможности занять должное место в хирургии пище-

вода. С ним можно связать реальные возможности в деле улучшения результатов хирургического лечения больных, страдающих различными заболеваниями проксимальной половины пищевода. В клинике, на наш взгляд, при протезировании пищевода нужно использовать конструкцию из двух трубок, одна из которых (внутренняя) должна быть цельной, а другая (наружная) - сетчатой. Концы пищевода следует помещать в пространство между этими трубками, а дефект тканей по его длине заполнять аутотканью (например, лоскутом из наружной фасции бедра). Гастростома же накладывается на 2 - 3 месяца.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА НА ВЕГЕТАТИВНЫЕ ИНДЕКСЫ И МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ У СТУДЕНТОК С РАЗНЫМ СОМАТОТИПОМ

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт

В коре головного мозга при умственном и физическом перенапряжении формируется очаг стойкого возбуждения в результате чего появляется бессоница, снижается аппетит, происходят сдвиги в функционировании желудочно-кишечного тракта, меняется концентрация гастрина и инсулина. Но признаки рассогласования висцеральных систем обычно выражены умеренно.

Задача данной работы состояла в том, чтобы изучить по вегетативным индексам состояние адаптационных реакций организма студенток 18-19 лет с разным типом конституции при экзаменационном стрессе, а также у студенток-нормостеников с нарушенным меструальным циклом (МЦ). Всего под наблюдением находились 450 студенток. У них измеряли артериальное кровяное давление, частоту пульса и дыхания в промежутке между сессиями и во время экзаменационной сессии: перед заходом в комнату, где сдавались экзамены, сразу после сдачи экзамена и на следующий день. На основании указанных показателей по специально составленной программе рассчитывали на компьютере следующие индексы: Кердо, Аллговера, Робинсона, коэффициенты Хильденбранта, выносливости, эффективности кровообращения, а также систолический и минутный объемы кровообращения, пульсовое и среднее давление. Одновременно студентки заполняли специально составленную анкету, содержащую вопросы для оценки состояния менструального цикла. Диагноз о наличии нарушения ставила врач-гинеколог. Под наблюдением находились те девушки, у которых нарушения МЦ были корково-гипоталамического происхождения и возникали на почве нервного, психического перенапряжения во время экзаменов.

О наличии стресса мы судили по увеличению концентрации АКТГ в 2,1 раза, кортизола, альдостерона в 1,6 раза, соматотропина на 6%, цАМФ – в 1,6 раза.

Нормостеники. Между сессиями индекс Кердо равен нулю – оба отдела вегетативной нервной системы (ВНС) уравновешены. Перед заходом на экзамен был равен 10,4 – превалировал симпатический отдел ВНС. После экзамена быстро возвращался к нулю. Индекс Хильденбратена (показатель согласованности в работе висцеральных систем) снижался с 4,4 до 3,9 перед заходом на экзамен и в большей мере (3,3) сразу после экзамена. Индекс Аллговера указывал на то, что систолический выброс возрастал очень незначительно, но по значению минутного объема (3994 мл, во время сессии 3320 мл, $p<0,01$) эффект был отчетливым. Большим было пульсовое и среднее давление, что приводило к увеличению нагрузки на сердечную мышцу (индекс Робинсона) и она усиливала работу (коэффициент выносливости).

Астеники. Во время экзамена индекс Кердо (18,0) указывал на явное превалирование симпатического отдела ВНС. После сдачи экзамена быстро возвращался к исходному значению. Индекс Робинсона существенно увеличен (123,4, во время повседневной учебы - 83,4, $p<0.01$), что указывало на высокий уровень нагрузки на ССС: минутный объем кровообращения составлял 4050 мл, накануне сессии 3284 мл ($p<0,01$). Повышено пульсовое и среднее давление.

Гиперстеники. Превалирование симпатического отдела достаточно четко выражено (индекс Кердо 14,2) по сравнению с нормостениками. Возвращение к исходному значению более медленное. Индекс Робинсона (134,7) свидетельствовал о более высокой гемодинамической нагрузке на сердечно-сосудистую систему (ССС). Коэффициент выносливости свидетельствовал об усилении функции ССС, так как минутный объем кровообращения до сессии составлявший 3199 мл, перед экзаменом увеличивался до 4490 мл ($p<0,001$) и медленно уменьшался после экзамена (3791, $p<0,01$). Пульсовое давление повышалось с 40,4 мм. рт. ст. до 49,7, а среднее давление 40,4 до 49,7 мм. рт. ст. ($p<0,05$).

Частота изменений ритма МЦ составила 14,7% от числа опрошенных. Нарушения продолжительности менструаций составляли 4,3%. Причина изменений заключается в том, что при стрессе в лимбической системе снижается продукция кортиколиберинов и передняя доля гипофиза продуцирует меньшее количество гонадотропинов. Отмечены нарушения ритма, продолжительности менструации и уменьшение количества выделявшейся крови. При нарушениях цикла нужна его коррекция, иначе может развиться гипофункция яичников. Поэтому необходимо снижать уровень ситуационной тревоги, иначе на ее переживание будет уходить часть жизненной энергии.

Вывод: при экзаменационном стрессе снижаются адаптивные возможности организма и могут наблюдаться нарушения менструального цикла.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ

Шорманов И.С.
Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Коарктация аорты является часто встречающимся пороком развития сердечно-сосудистой системы. Она