лечения осуществляется с учетом возраста ребенка. У детей первого года жизни препаратами выбора могут быть Виферон и Циклоферон, а старше 2-х лет при ВГВ комбинация Виферон+Циклоферон, а при ВГС комбинация Интераль+Циклоферон.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НАПРЯЖЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Грицук А.Д., Городниченко Э.А.
Смоленский государственный педагогический университет, Смоленский гуманитарный университет, Смоленск

Изучались возрастные особенности влияния напряженной мышечной деятельности на центральную гемодинамику юношей 18–22 лет. Использовались локальные статические нагрузки (СН) нарастающей мощности (15%-30%-45% от МПС), выполняемые до произвольного отказа через 5-минутные интервалы отдыха. У юношей всех возрастов наблюдалась системная реакция кровообращения на СН с постоянным увеличением всех видов АД, ЧСС, ДП, уменьшением УО по мере повышения мощности локальных нагрузок. Характерно, что реакция ДАД на все нагрузки во всех возрастах была выше, чем САД и АДср; наиболее значительные различия в реактивности имели место при 2-ой и 3-ей нагрузках. Уже на 1-ой минуте работы любой мощности реакция ЧСС носила достоверный характер. Это подчеркивает ведущую роль центрального контура регуляции в активации хронотропной функции миокарда. Изменение МОК носило недостоверный характер, его некоторое увеличение обеспечивалось исключительно приростом ЧСС. СН сопровождались постоянным и достоверным ростом механической работы миокарда. Рабочие изменения УО не соответствовали метаболическим запросам организма, что проявлялось в послерабочей гиперфункции миокарда. Характерно, что с увеличением мощности нагрузки нарастал «долг по крови» и время его ликвидации во всех возрастах. После СН=15% ликвидация несоответствия между метаболическим запросом и рабочими изменениями УО происходила, в основном, к 5-ой минуте восстановления. После СН=30% и СН=45% ликвидация «долга по крови» занимала более 5 минут. К этой минуте восстановления «долг по крови» после СН=45% во всех возрастных группах находился в диапазоне от 32,81% до 35,14%. Эффективность адаптивных реакций ССС напрямую зависит от объема и интенсивности выполняемой работы. Во всех возрастах, по мере повышения мощности нагрузок, происходило снижение физической работоспособности. Так, у юношей 18 лет импульс силы (показатель работоспособности) снизился с 3533,97±277,14 кг*с до 1405,05±65,21 кг*с, в 19 лет – с 3853,92±214,26 кг*с до 1778,25±139,51 кг*с, в 20 лет – с 4335,33±244,39 кг*с до 1676,90±108,90 кг*с, в 21 год – с 4187,75±256,56 кг*с до 1638,83±56,52 кг*с, в 22 года – с 3427,40±247,86 кг*с до 1709,32±53,78 кг*с. Мощность и объем выполняемых нагрузок отложили отпечаток на интенсивность работы центральной гемодинамики. В каждом возрасте с увеличением мощности СН нарастала интенсивность параметров центрального кровообращения на единицу выполненной работы. Сравнение показало, что наибольшая интенсивность ЧСС, ДП, АДср наблюдалась у юношей 18 лет на фоне наименьших объемов выполняемой работы при всех 3 нагрузках. Наименьшая рабочая напряженность всех параметров центральной гемодинамики была выявлена у юношей 20 лет при СН=15% и 30% на фоне наибольших объемов работы при этих нагрузках. Несмотря на существенные сдвиги ряда параметров кровообращения при СН, большинство из них нормализовались в течение 5 минут восстановительного периода. Наиболее быстро – УО, ЧСС, МОК, ДАД, наиболее медленно – ОПСС и САД, что должно учитываться при регламентации повторных статических нагрузок. Анализ индивидуальной динамики УО показал наличие 2 типов адаптивной реакции этого параметра (с увеличением и уменьшением), что свидетельствует о различных резервных возможностях ССС. С увеличением мощности СН во всех возрастах уменьшалось число лиц с 1-ым типом реакции. Во всех возрастных группах выявлено небольшое число лиц, реагировавших увеличением УО на все нагрузки. Четкой закономерности в зависимости рабочей интенсивности изучаемых параметров гемодинамики от типа адаптации УО у юношей 18-22 лет обнаружено не было. В некоторых возрастах меньшая напряженность функционирования центральной гемодинамики наблюдалась в 1-ом типе реакции, в других – наоборот. Полученные нами результаты показывают, что в качестве критериев высоких функциональных резервов ССС могут быть использованы тип реагирования УО, интенсивность различных параметров гемодинамики на единицу выполняемой работы, степень послерабочих изменений УО сердца, объем и темпы восстановления работоспособности.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Грошилин В.С., Татьянченко В.К., Черкасов М.Ф.
Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

В настоящее время, анальная трещина занимает третье место по распространенности среди общепроктологических заболеваний. Удельный вес больных с хронической анальной трещиной в структуре специализированного колопроктологического стационара составляет от 9 до 12%. Несмотря на относительную эффективность и доступность широкого спектра применяемых способов хирургического и консервативного лечения анальных трещин, продолжается поиск новых методов, направленных на сокращение продолжительности лечения, улучшение функциональных результатов и профилактику рецидивов заболевания.

В колопроктологическом отделении клиники РостГМУ в 2003-2005 гг. находились на стационарном

лечении 139 больных с хроническими и острыми анальными трещинами.

Из 127 больных с хронической трещиной большинство составляли женщины – 86 пациенток (67,71%), мужчин – 41 (32,28%). Возраст пациентов составлял от 17 до 72 лет. Задняя анальная трещина диагностирована у 107 больных, передняя - у 11 (8,66%), сочетание передней и задней трещины отмечено в 10 наблюдениях (7,87%). Анамнез заболевания составлял от 2-х месяцев до 15 лет. 6 больных (в том числе 2 – с передними трещинами) были ранее оперированы по поводу анальной трещины, 4 пациентов оперированы ранее по поводу хронического геморроя 3-4 ст.

Обследование больных включало клинический осмотр, ректоскопию, анальную электроманометрию, электромиографию, а также эндоректальное УЗИ и рентгенологические исследования.

Все 12 больных (по 6 мужчин и 6 женщин) с острой анальной трещиной обратились в сроки до 2 недель от начала заболевания. Следует отметить, что больные с впервые выявленной острой задней анальной трещиной, при отсутствии другой колоректальной патологии, требующей оперативного вмешательства, лечились амбулаторно. Консервативная терапия включала анальгетики, спазмолитики, противовоспалительные средства, препараты, улучшающие микроциркуляцию и была направлена на ликвидацию спазма сфинктера и стимуляцию регенерации (эпителизацию трещины). Кроме того, индивидуально определялись показания к выполнению спирт-новокаиновых блокад трещин, пресакральных новокаиновых блокад (по стандартной методике), физиолечению.

Оперировано 117 больных. У 10 пациентов (с анамнезом 2-3 месяца) консервативная терапия позволила достичь заживления трещин без выполнения операции. По характеру оперативного вмешательства пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты, которым выполнили иссечение трещины в сочетании с задней дозированной сфинктеротомией, во второй группе иссечение трещины дополнялось модифицированной «закрытой» подслизистой боковой дозированной сфинктеротомией. Третью группу составили пациенты, которым наряду с иссечением трещины и дозированной сфинктеротомией симультанно выполнены операции по поводу полипов прямой кишки, хронического геморроя 3-4 ст., либо неполных внутренних свищей. Операции в данной группе завершались частичным ушиванием дна раны (при геморроидэктомии), либо фиксацией краев слизистой к ее дну.

Сроки послеоперационного наблюдения составили от 6 до 30 месяцев. Рецидив трещины отмечен в 4-х наблюдениях (3,41%). В двух случаях рецидив получен после иссечения трещины в сочетании с задней «открытой» сфинктеротомией, в одном наблюдении отмечен рецидив задней трещины после удаления «двойной» (на 6-и и 12-и часах) трещины (первая группа), и однажды – при симультанном удалении аденоматозного полипа прямой кишки (третья группа). Во второй группе наблюдений рецидивов не отмечено.

Наиболее благоприятное послеоперационное течение отмечено у больных второй группы наблюдения. Это проявлялось меньшей интенсивностью болевого синдрома, ранней активизацией больных, отсутствием необходимости задержки стула после операции, сокращением сроков послеоперационного пребывания в стационаре (которые составляли от 2-х до 7-и суток). При этом, достоверного различия в сроках полного заживления операционных ран не отмечено. Послеоперационной инконтиненции не отмечено ни в одном случае. У четверых больных (в том числе троих мужчин старше 50 лет) в послеоперационном периоде имели место дизурические расстройства, купированные консервативно.

Выводы.

1. Отсутствие клинического эффекта от консервативной терапии анальных трещин в течение 3-х месяцев от начала заболевания, является показанием к операции.
2. Обязательным этапом операции должно быть выполнение дозированной сфинктеротомии по одной из общепринятых методик. Точное соблюдение техники и правил выполнения сфинктеротомии позволяет получать стабильно хорошие результаты и избежать развития послеоперационного недержания.
3. Выполнение «закрытой» подслизистой латеральной сфинктеротомии по сравнению с «открытой» задней, позволяет снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома, способствует ранней активизации больных.
4. Техника выполнения симультанных операций при сочетании анальной трещины и других проктологических заболеваний нуждается в доработке ввиду необходимости соблюдения принципов лечения анальной трещины в условиях дополнительной операционной травмы, наличия обширной раневой поверхности и целесообразности ее частичного ушивания.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ОЛОВА

Грушко М.П., Федорова Н.Н.,
Берберова Н.Т., Коляда М.Н.
Астраханский государственный университет, Астрахань

Экспериментальная часть работы выполнена с использованием 40 самцов белых крыс. Эксперимент продолжался в течение 21 дня в осенний период года. При проведении исследования руководствовались базисными нормативными документами: рекомендациями по экспериментальной работе с использованием животных при Минздраве РФ, рекомендациями ВОЗ. Животные содержались в виварии НИИ по изучению лепры в контролируемых условиях: 12-часовой период освещения, комнатная температура +20º±2ºС, влажность 5—70%, корм ad libitum. Все самцы имели средний вес 320,0г (290,0-343,0г), были половозрелыми (6 месяцев жизни).

8 самцов первой группы кормили кашей с неорганическим оловом ($SnCl_2$ в концентрации 12,5 мг на