морфологическому строению и клиническому течению существенно не отличаются от обычных, то «старческие» имеют своеобразное течение: острое начало, чаще проявляются в виде осложнений — кровотечения, перфорации и пенетрации. В клинической картине у них отсутствует периодичность, сезонность, возникают на фоне общего атеросклероза, повышенного артериального давления, воспалительных заболеваний со стороны печени, поджелудочной железы и др.

Следует отметить, что у лиц пожилого и особенно «старческого» возраста было сочетание язв желудка и ДПК (22 человека), множество язв 3-5 (у 3-х), а у одного до 7 язв. Они расценены, как гипоксическое на фоне сердечно-легочной недостаточности.

Язвенное кровотечение, как наиболее грозное осложнение, имело место у 129 (из 203 язв ДПК), из них у 47 «старческого» возраста, желудочной локализации – у 67 (из 108), у 32 в более пожилом возрасте. Кровоточащие язвы в преклонном возрасте имели свои особенности, у 12 пациентов они были гигантскими, суспиционные более 3 см, пенетрирующие в поджелудочную железу и связку печени, в центре эрозированные сосуды со склеротизированными, неспадающимися стенками. Превалировали лица женского пола, гемостатическая терапия была мало эффективна.

Перфорация язв желудка и ДПК в пожилом и «старческом» возрасте – (второе грозное осложнение) имело место у 62 (из 203 больных) с локализацией язв в ДПК и 29 (из 108) в желудке. Для перфоративной язвы отмечены свои особенности; в клинической картине отсутствовали классические симптомы: внезапное начало, «кинжальная» боль, при рентгенологическом обследовании — наличие пневмоперитонеума. Все это приводило к диагностическим ошибкам. Чаще наступала перфорация желудочных язв у лиц мужского пола.

Обособленно стоит вопрос о лечении, он требует особого подхода и выдержки. Наиболее рациональной операцией в плановой хирургии считается, к сожалению, резекция желудка. В последние десятилетия расширились показания к органосохраняющим операциям, экономным резекциям, иссечением язв.

Мы согласны с мнением большинства хирургов, что в условиях экстренной хирургии язвенной болезни у больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами следует прибегать к малотравматическим и легко выполнимым, операциям таким, как — ушивания, иссечения с ушиваем язвы, ваготомиям, хотя это не всегда возможно.

Наши больные опериованы по экстренным и срочным показаниям. Большинству произведена резекция желудка, ушивание язвы, иссечение с ушиванием. Ваготомия произведена у 9 больных с двумя летальными исходами. Полагаем, что показанием к ваготомии у лиц этой категории должны быть ограничены лишь при высокой желудочной секреции, которую в силу специфики не всегда можно определить. Как альтернатива ваготомии мы выполняем операцию Таулера, которая предотвращает ишемический некроз малой кривизны желудка, повреждения нерва Латарже, сохраняется кровообращение малой кривизны. В группе больных пожилого возраста количество ос-

ложнений отмечено у 26, летальность составила 18 больных.

При локализации язв в желудке основным методом лечения была резекция, а у крайне тяжелых больных «старческого» возраста — иссечение язвы. Оперировано 82 больных, летальность составила 21 человек.

Таким образом, напрашивается закономерный вывод, что пути снижения риска летального исхода при язвенной болезни у лиц пожилого и «старческого» возраста в более настойчивом хирургическом лечении в среднем возрасте и расширение показаний к плановому раннему лечению. Учитывая многообразие клинических проявлений язвенной болезни и другие особенности, не может быть только одного какого либо стандартного метода. Залогом успеха является индивидуальный подход к каждому пациенту.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ КОЭФФИЦИЕНТА ОТСТАВАНИЯ ОТ СТАНДАРТОВ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МОЗГА

Торишнева Е.Ю. Ушаков А.А. АГТУ, институт «Биологии и природопользования», Астрахань

Ранняя диагностика в современной медицине весьма важна, так как позволяет поставить диагноз на уровне обратимых функциональных нарушений. Это позволяет не только своевременно приступить к проведению восстановительных реабилитационных мероприятий у сложного контингента детей с нейроортопедическими нарушениями, но и предупредить развитие осложнений в форме церебральных параличей. Их своевременная диагностика и ранняя адекватная коррекция имеют решающее значение для предупреждения тяжелых расстройств движений, речи, психики на последующих этапах развития ребенка.

Нами было обследовано 67 детей с перинатальным поражением мозга в возрасте от рождения до 2 лет 3 мес. Целью научно-исследовательской работы было - выявление влияния ранней диагностики нейроортопедических нарушений и раннего начала реабилитации, с использованием современных методов кинезитерапии, на последствия перинатального поражения мозга. Группа больных, путем метода неселективного отбора, была разделена на две подгруппы:

- основная (37 человек). Дети этой подгруппы были обследованы на выявление нейро ортопедической патологии в раннем возрасте и им была проведена ранняя реабилитация в основе которой лежала кинезитерапия по М. Le Metayer, W.H. Phelps, В.и К.Воbath, G. Tardieu, V.Vojta, С.А. Бортфельд, К.А.Семеновой воспитание произвольной моторики на основе выполнения активного движения по правильной схеме, доведения выполнения этой локомоции до автоматизма в соответствии с возрастными этапами психомоторного развития;
- контрольная (30 человек) это дети, которым по различным причинам не была проведена ранняя диагностика нейро-ортопедического статуса, а реабилитация проводилась по обычной методике, в основе

которой лежала ЛФК и массаж.

При статистической обработке данных видно, что на начало реабилитации дети основной подгруппы имели более низкие показатели средних величин физического развития по сравнению с детьми контрольной подгруппы (основная: $poct(cm) = 67,2\pm0,74$; $bec(kr) = 6,9\pm0,18$; $O\Gamma K(cm) = 42,2\pm0,43$; контрольная: $poct(cm) = 73,2\pm0,18$; $bec(kr) = 8,51\pm0,39$; $O\Gamma K(cm) = 44,8\pm0,65$).

Для более детального и тщательного анализа влияния ранней диагностики и раннего начала реабилитации на динамику не только психомоторного развития ребенка, но и на динамику его физического развития нами было предложено определение коэффициента физического развития (КФР_э) - эталона и коэффициента физического развития (КФРф) по фактическим данным, с последующим вычислением коэффициента отставания в физическом развитии (КО) от нижней границы нормы по стандартам. В связи с тяжелым контингентом больных при определении разницы между должными и фактическими показателями роста, веса, окружности грудной клетки (ОГК) мы использовали нижние границы нормы (25 центиль) здоровых детей, характерных для г. Астрахани и Астраханской области в этом возрасте. (Номограммы центильных полей для оценки показателей физического развития детей от 0 до 14 лет, проживающих в Астраханской области и городе. Методические рекомендации кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения АГМИ, утвержденные МЗ РСФСР. - Яковлев Ю.Г., Квасова С.А., Кульков В.Н., и др., 1990). Проследив за показателями, мы сделали вывод, что большинство детей имеют отрицательный показатель разницы по росту, весу и ОГК по сравнению с возрастной нормой. Это говорит об их отставании от возрастной нормы. Статистическая обработка данных показала, что средние величины разниц составили (основная подгруппа: рост = - 4,13±0,66; вес = $-1,8\pm0,23$; ОГК = $-3,16\pm0,34$; контрольная подгруппа: $poct = -4.48 \pm 1.01$; $poct = -1.67 \pm 0.25$; $OFK = -2.3 \pm 0.41$).

Мы вывели следующие формулы для определения коэффициентов:

Коэффициент физического развития (К $\Phi P_{\scriptscriptstyle 3}$) - эталон:

$$K\Phi P_{0} = \frac{m + OΓK}{P}$$
;

где: m – вес тела (25ц) в граммах, ОГК – окружность грудной клетки (25ц) в сантиметрах и P - рост (25ц) в сантиметрах – нижние границы нормы для данного возраста, определяемые по номограммам центильных полей.

 ${\rm K}\Phi{\rm P}_{\scriptscriptstyle 3}$ показывает, сколько граммов веса в норме должно приходиться на один сантиметр роста, с учетом развития грудной клетки ребенка. Он может определяться при любой патологии детского возраста и указывать на эталон гармоничности физического развития и выраженности функции внешнего дыхания.

Затем вычисляем коэффициент физического развития по фактическим данным (К ΦP_{φ}):

$$K\Phi P_{\phi} = \frac{m\phi + OΓK\Phi}{P\phi}$$

где: $m\phi$, $O\Gamma K\phi$, $P\phi$ – фактические показатели ребенка на данный возраст.

Далее вычисляем коэффициент отставания в физическом развитии (КО):

$$KO = K\Phi P_{\phi} - K\Phi P_{\theta}$$

КО - показывает дисгармонию в физическом развитии, определяет какова разница от нижней границы нормы по стандартам с учетом возраста и региональных особенностей в физическом развитии. В связи с отставанием показателя даже от нижней границы нормы физического развития детей, КО имеет знак «», который исчезает автоматически при КО =0

(в случае достижения нижней границы нормы в физическом развитии) и становится положительным при увеличении показателей выше нижней границы возрастной нормы.

Результаты. Имея на начало реабилитации более низкие показатели средних величин физического развития по сравнению с детьми контрольной подгруппы с доверительной вероятностью различий по росту, массе тела ОГК и КФР $_{\Phi}$ (P> 0,01(99%)), дети основной и контрольной подгрупп к концу годичной реабилитации значительно улучшили свои показатели физического развития. (основная: рост(см) = 75,49±0,68; вес(кг)= 9,62±0,25; ОГК(см) = 47,43±0,39; контрольная: рост(см) = 81,2±1,71; вес(кг) = 10,58±0,47; ОГК(см) = 49,5±0,1).

Сравнивая статистические данные видно, что дети обеих подгрупп прибавили в росте, массе тела, ОГК, уменьшилась разница между эталоном (КФРэ) и фактическим (КФРф) физическим развитием, но в основной подгруппе достоверность различий между показателями на начало и конец реабилитации выше (99%), чем в контрольной подгруппе (95%), произошло сближение между эталоном (КФРэ) и фактическим (КФРф) физическим развитием. Однако, несмотря на то, что отставание в физическом развитии от эталона в наблюдаемой нами подгруппе (основной) на начало реабилитации было более выражено (коэффициент отставания КО = - 21,9), чем в контрольной (КО = -15,2), в конце реабилитационного периода дети основной подгруппы более успешно ликвидировали этот разрыв (КО= -5,83), чем в контрольной (КО= -11,75).

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСТОНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Торчинов И.А., Басиева О.З., Басиев З.Г. Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

Бронхиальная астма (БА) проявляется приступами бронхоспазма и обусловлена воспалительными и дегенеративно-дистрофическими изменениями в трахеобронхиальном дереве. Эти процессы вызывают раздражение вегетативных интероцепторов, имеющих отношение как к симпатической, так и парасимпатической иннервации. В ответ возникают эфферентные реакции, проявляющиеся изменениями вегетативных функций. С целью определения вегетативных дисфункций при БА нами проведено разностороннее обследование 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в