

Восстановление нормальной среды обитания, даже если эта деятельность будет осуществляться гораздо интенсивнее, чем сейчас, - процесс чрезвычайно длительный. А это означает, что население ещё долгие годы будет вынуждено жить в экологически отравленном окружении. Существует реальная угроза, что к моменту очищения природы от химического загрязнения в организме людей произойдут необратимые изменения. Системный анализ сложной системы «человек-производство-среда обитания» показывает, что для обеспечения выживания человека концепцию экологизации следует сочетать с адаптацией человека к условиям жизни в экологически неблагоприятных условиях, применением систем жизнеобеспечения человека в среде его обитания.

Основными направлениями комплексной программы адаптации и реабилитации населения, которая является фактически программой выживания, являются:

- организация системы экологического просвещения и образования населения и проведение непосредственной работы в экологически напряженных регионах с использованием сети экологического образования и средств массовой информации,
- выполнение исследований по созданию адаптогенов, иммуногенов и детоксикантов (преимущественно природного происхождения), методик их применения, технологий и оборудования для их производства,
- создание пищевых добавок, обладающих адаптогенными и иммуногенными свойствами, и их повсеместное внедрение в рецептуры производимых пищевых продуктов,
- выполнение исследований по систематизации известных и созданию новых немедикаментозных методов адаптации человека к техногенным воздействиям, в частности, разработка способов повышения иммунологической реактивности и снижения факторов риска у лиц, подвергающихся воздействию вредных производственных факторов, проживающих в районах повышенной загрязнённости, а также профессионально связанных с источниками ионизирующего излучения или другими вредными факторами,
- создание промышленного производства адаптогенов, иммуногенов и детоксикантов.

Основными этапами адаптации организма человека к условиям жизни в экологически неблагоприятных условиях являются:

- предотвращение и сведение к допустимому минимуму поступления промышленных токсичных веществ в организм человека;
- стимуляция выведения из организма токсических веществ, эта задача может успешно решаться с помощью методов комплексного очищения организма, например, с помощью пектинолечения;
- общее укрепление организма, повышение его адаптации (устойчивости и сопротивляемости) в условиях воздействия вредной окружающей среды, оздоровительные поддерживающие мероприятия.

Насыщение потребительского рынка пектином является одной из приоритетных задач в связи с программой адаптации и реабилитации населения к техногенным перегрузкам. Потребность в пектине следует из его уникальных свойств, среди которых важнейшим является способность образовывать комплексы с тяжёлыми и радиоактивными элементами и выводить их из организма. Другие потребительские свойства пектина - способность образовывать студни в присутствии сахара, исполнять роль эмульгатора, быть стаби-

лизатором в кремах и целый ряд иных свойств, объясняют его исключительную роль в пищевой промышленности.

Одним из возможных путей решения задачи насыщения потребительского рынка пектином является реализация технологии получения пектина, характерными чертами которой являются: возможность использования различного сырья, в первую очередь, свекловичного жома, легкая трансформируемость при переходе от одного вида продукта к другому, высокая интенсивность, экологическая чистота за счёт комплексности переработки и исключения в ряде вариантов процесса не утилизируемых химических реагентов. Важной частью жома является полигалактуронан, в очищенном виде - пектин, который имеет ценные биологические свойства, прежде всего - способность создавать комплексы с тяжёлыми и радиоактивными металлами, фенолами, аминами и способность к выведению их из организма. В качестве конечного продукта на основе содержащихся в сырье полигалактоуронанов можно производить различные препараты лечебно-профилактического действия в виде полисахаридных комплексов, используемых как самостоятельно, так и в составе пищевых продуктов - молочных, кондитерских и хлебобулочных изделий. Рационально использование всех полисахаридных составляющих свекловичного жома, которые могут быть переведены в активное состояние, благодаря чему данный продукт может быть использован как средство широкого лечебно-профилактического назначения.

Таким образом, именно употребление полисахаридного комплекса, сочетающего в себе несколько направлений лечебно-профилактического действия, способно в какой-то мере снизить влияние техногенных загрязнений на население.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ

Плеханов В.И., Макаров М.Л., Барабаш В.И., Фролова В.В., Червова И.А., Гуреев П.Г.

Городская клиническая больница №3, г. Астрахань

Пострадавшие с сочетанной травмой составляют 10-12% больных травматологического профиля в крупных стационарах. Летальность при политравмах очень высока и составляет по России от 20 до 35%, а за рубежом от 11 до 24%, тогда как при изолированной травме летальность составляет 3,3%.

В ГКБ №3 г. Астрахань - травматологическом, нейрохирургическом отделении и отделении реанимации за 2005-2007 год на лечении с диагнозом «Сочетанная травма» находилось 542 больных из них 74 % - мужчин., 26 % - женщин. Средний возраст больных составил 40 лет. Больные с тяжелой сочетанной травмой, поступали в состоянии шока, с гемодинамическими и дыхательными расстройствами, нарушением сознания. Тяжесть самих повреждений оценивалась по системе ISS. Осмотр таких больных в приемном отделении осуществляли сразу несколько специалистов: реаниматолог, хирург, травматолог, нейрохирург, терапевт. Оказание помощи больным с политравмой в первую очередь включало в себя диагностические, реанимационные мероприятия, остановку кровотечения. При необходимости больных интубировали, проводилась инфузионная терапия, переливание компонентов и препаратов крови. Тактика лечения переломов опорно-двигательного аппарата у пострадавших с сочетанной травмой зависела в значительной степени и от тяжести общего состояния больного. Осуществлялась первичная хирургическая обработка (ПХО) ран, производилась иммобилизация переломов костей конечностей: накладывалось скелетное вытяжение, гипсовые лонгеты.

Пациентам на фоне противошоковых мероприятий и интенсивной терапии выполнялись различные виды манипуляций, операций: ПХО в 33% случаев, остеосинтез – в 18,5%, трепанация черепа и лапаротомия по 5,5%.

Средняя продолжительность койко-дней – 16. Процент умерших составил 20%, из них 50% скончались в первые 24 часа после поступления, причиной смерти в первые часы после поступления явилась острая массивная кровопотеря, тяжелая черепно-мозговая травма, шок 3-4 степени, в последующие дни самой частой причиной смерти явился развившийся отек головного мозга.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Плеханов В.И., Макаров М.Л., Барабаш В.И., Фролова В.В., Червова И.А., Зуфаров М.Н., Миронова Ю.Ю.

Городская клиническая больница №3, г. Астрахань

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных с переломами длинных костей нижних конечностей с помощью малотравматических операций.

В работе представлен анализ лечения больных травматологического отделения МУЗ ГКБ №3 г. Астрахань с переломами костей голени и бедренной кости. Исследовались материалы историй болезней, что позволило изучить вид и механизм получения травмы, распределение больных по полу и возрасту, по социальному положению и занятости. Анализировались результаты обследования в пред- и послеоперационном периоде (рентгенография и

лабораторные анализы), осуществлялось динамическое наблюдение. За 2006 год таких пациентов было 227, в 2007 г. - 234, в 2008 г. - 268. Больные поступали на лечение в экстренном порядке с закрытым и открытым переломом костей голени - 498 человек; с закрытым и открытым переломом бедра - 231 человек. Большинство больных (80 %) доставлены службой скорой помощи после получения транспортной и уличной травмы. 634 пациента (87 %) подвергся оперативному лечению. 95 больных (13 %) лечились консервативно. Остеосинтез длинных костей по малотравматической технологии выполнен 79 больным (11 %). Из них, с использованием блокируемого стержня бедра или голени 22 случая (3 %), с использованием саморасширяющегося стержня «Fixion» 14 (2 %), с использованием пластины с угловой стабильностью 43 случая (6 %). Результаты малотравматического хирургического лечения больных сравнивали с результатами лечения контрольной группы больных, оперированных обычными открытыми способами интра- и экстремедуллярного остеосинтеза. После выполнения малотравматических операций при переломах длинных костей нижних конечностей не требуется дополнительной гипсовой иммобилизации, что обусловлено надежной и стабильной фиксацией. Малотравматичное вмешательство в исследуемой группе позволяет выполнять раннюю активизацию больных. За счет сохранения кровоснабжения и механической стабильности в зоне перелома создаются условия для более быстрого образования костной мозоли и консолидации перелома, больным разрешается более ранняя нагрузка на конечность по сравнению с больными в контрольной группе.

Стратегия естественнонаучного образования

РОЛЬ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Курбанова Н.Р., Бислимова Х.А., Субботина В.Г., Ушакова Н.Ю.

*Государственный Медицинский Университет,
г. Саратов, Россия*

Пальпация, перкуссия, аускультация почек до недавнего прошлого были незаменимыми, единственными методами в диагностике заболеваний почек. С момента внедрения в клиническую диагностику рентгеновского, позднее ультразвукового исследования эти методы несколько потеряли свое значение. Но в отсутствие рентгенологической, УЗИ аппаратуры при первичном осмотре врачом пациента, особенно в поликлинических условиях, физикальные методы являются незаменимыми. К сожалению, нельзя не отметить, что многие врачи не прибегают к физикальным методам обследования почек, уповают на лабораторную, инструментальную диагностику ввиду того, что не владеют в достаточной мере ими. Пальпация почек позволяет выявить поликистоз (двухстороннее увеличение почек), гидронефроз, опухоли (одностороннее увеличение почек), опущение почек. Пальпация почек затруднена, сложна для выполнения у тучных пациентов. Перкутировать почки у здоровых людей невозможно из-за особенностей их расположения и прикрытия спереди петлями кишечника. Перкуссия реберно-диафрагмального угла остается довольно информативным методом в выявлении пиелонефрита или других состояний с растяжением капсулы почек или ло-

ханок (паранефральный абсцесс, камни почек, инфаркт почек).

Болезненность, связанную в воспалением почки, с болезненностью, вызванной - воспалением брюшной стенки, можно дифференцировать применяя тест давления большого пальца, нажимая большим пальцем руки на область реберно-диафрагмального угла. Этот метод является альтернативным методу поколачивания реберно-диафрагмального угла. Большое значение имеет метод поколачивания в зоне проекции почек. Если больной при поколачивании ощущает боль, то симптом расценивается как положительный (симптом Пастернацкого), который определяется при почечнокаменной болезни, паранефрите, воспалительном процессе в лоханках. Симптом может быть ложноположительным при миозите, радикулите, что снижает его диагностическую ценность.

Аускультация почек играет важную роль в диагностике сосудистой патологии почек, при которой приблизительно у 50 % больных выслушивается систолический шум спереди по горизонтальной линии, проходящей через пупок. Систолический шум в эпигастральной области, в области пупка в сочетании с асимметрией артериального давления на конечностях – важный признак стеноза почечной артерии.

Нами обследовано 97 больных с различными заболеваниями почек с целью оценки значимости физикальных методов в их диагностике. Чувствительность метода пальпации почки для выявления ее увеличения составил 18 %, в то время как УЗИ позволило выявить увеличение в 97%. Положительный симптом Пастернацкого и болезненность в реберно-диафрагмальном углу определялись у 83 % больных с клиническими признаками обострения хронического