

огромное значение реакциям соединительной ткани в патогенезе болезней человека. Так, А.А. Богомолец (1928) в монографии «Введение в учение о конституциях и диатезах» подчеркивал: «Возраст организма, его здоровье определяются в значительной мере возрастом и здоровьем его соединительной ткани. Поливалентность зародышевой соединительной ткани является причиной того, что мутирующие влияния на эмбриональные элементы мезенхимы фенотипически проявляются клеточными элементами зрелой соединительной ткани в столь разнообразных формах. При тщательном патогистологическом анализе в большинстве подобных случаев удается обнаружить системное конституциональное нарушение».

В связи с гетерогенностью поражений соединительной ткани был предложен термин «дисплазия соединительной ткани» (ДСТ), который в переводе с греческого означает отклонение в формировании. В 1958 году А.В. Русаков писал, что дисплазия в широком смысле этого значения подразумевает ненормальное состояние органов и тканей, обусловленное наследственными качествами всего организма и его клеток.

В последнее время предложено следующее определение: ДСТ – это нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением. (Вершинина М., 2001).

Со стороны респираторной системы изменение тканевой структуры ведет к нарушению упругости и эластических свойств трахеи и главных бронхов - первичной трахеобронхиальной дискинезии (ТБД) (А.В.Сумароков и соавт., 1989г.).

В литературе указанные изменения трахеи и долевых бронхов имеют различные названия: «трахеобронхиальная дискинезия», «дистония трахеи и бронхов», «экспираторная инвагинация перепончатой части трахеи», «коллапс трахеи и бронхов», «пролапс трахеи», «экспираторный стеноз трахеи» - все это подразумевает патологическое расслабление мембранозной части трахеи и главных бронхов, экспираторное западение ее в просвет трахеи и главных бронхов.

Наиболее приемлемым можно считать термин «экспираторный стеноз трахеи», который предложил Н. Herzon в 1958г. По мнению Перельмана М.И., это название удачно и кратко характеризует сущность патологии, которая состоит в расслаблении мембранозной части и западении ее в просвет дыхательных путей при выдохе и кашле.

Цель работы – определение фенотипических маркеров у пациентов с экспираторным стенозом (ЭС) трахеи, которые можно использовать для выделения лиц с высоким риском развития данного заболевания.

Обследовано 44 больных с фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани в возрасте от 16 до 45 лет. У 40 (91%) из них с помощью эндоскопических, рентгенологических методов ис-

следования был выявлен ЭС трахеи и главных бронхов. Было установлено, что ЭС трахеи чаще встречается у лиц с астеническим телосложением, имеющих различные виды деформации грудной клетки, сколиозы, кифозы, и лордозы позвоночника, синдром «прямой спины» (100%). Патология суставов – чрезмерная подвижность (гипермобильность), склонность к вывихам и подвывихам – наблюдалась у 90% больных. Плоскостопие, Х- и О-образное искривление ног обнаружено у 65% обследуемых. Такие признаки, как повышенная растяжимость кожи, очаги депигментации, стрии, грыжи, встречались у 75,5% больных. Высокое и «готическое» небо, расщепление язычка, аномалии прикуса, нарушения роста зубов обнаружены в 87,55% случаев. Поражения сердечно-сосудистой системы были весьма многообразны. Часто диагностировались анатомические изменения клапанов сердца: дилатация фиброзных колец и пролапсы, аномальные хорды (85%). Патология желудочно-кишечного тракта – склонность к воспалительным заболеваниям слизистых оболочек желудка и кишечника, несостоятельность сфинктеров желудка, аномалии желчного пузыря, мегаколон, долихосигма – установлена у 77,5% пациентов.

Таким образом, получен определенный набор фенотипических признаков, который можно использовать как скрининг-диагностику ЭС трахеи и главных бронхов у больных с жалобами со стороны бронхолегочной системы.

БЕДРЕННЫЕ И БЕРЦОВЫЕ КОСТИ МУЖЧИН РАЗНЫХ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Филиппов А.А.

*Государственная медицинская академия,
Красноярск*

Для выявления соматотипических и региональных особенностей строения трубчатых костей современных мужчин первого периода зрелого возраста г. Красноярска мы исследовали бедренные и берцовые кости от 48 трупов по остеоскопической программе В.Н.Федосовой (1986) и остеометрической методике В.П.Алексеева (1966). Из представителей всех соматотипов лишь у мужчин мускульного соматотипа бедренные и берцовые кости обладают наибольшими длиннотными и широтными размерами во всех отделах, наибольшими окружностями. Они самые массивные и самые прочные и к тому же имеют наибольшую степень выраженности рельефа. Напротив, для бедренных и берцовых костей мужчин неопределенного соматотипа характерными являются наименьшие значения длиннотных и широтных размеров, а также степени развития рельефа. Интересные соматотипические особенности выявлены в строении нижних эпифизов бедренных костей. Так, бедренные кости лиц брюшного соматотипа обладают наиболее широкими мышцелками и наименее широкими межмышцелковыми ямками. У лиц неопределенного соматотипа наоборот, мышцелки наименее широкие при самых широких межмышцелковых ямках. Отношение ширины мышцелков к ширине межмышцелковой ямки у лиц грудного и мускульного соматотипов практически не

различается, но все широтные параметры мышечков и межмышечковой ямки у лиц грудного соматотипа достоверно меньше, чем у представителей мускульного соматотипа. По изучаемым параметрам лица брюшного и грудного соматотипов занимают промежуточное положение между мускульным и неопределенным соматотипами. При этом по большинству длинных и широтных размеров бедренные и берцовые кости лиц грудного соматотипа, уступают представителям брюшного соматотипа. Однако на данном этапе исследования правомерно говорить лишь о тенденции в различиях, так как по многим параметрам различия в полученных значениях не достоверны.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В РАБОТЕ ГОРОДСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Ходыкина Л.А.

*ВГМА им. Н.Н. Бурденко,
Воронеж*

В миллионном г.Воронеже только сахарным диабетом страдает более 15 тыс. человек, что составляет 48,0% эндокринной патологии.

В условиях реформирования здравоохранения, внедрения обязательного медицинского страхования, платных медицинских услуг повышаются требования к уровню, объему и качеству медицинской помощи населению. При этом особое внимание уделяется специализированной медицинской помощи, одной из которых является городская эндокринологическая служба. Основной причиной повышения внимания руководителей здравоохранения к этой службе является рост уровня эндокринной заболеваемости населения города.

С момента открытия в 1989 году больницы «Электроника» в ней было развернуто эндокринологическое отделение на 60 коек, в задачу которого входило оказание срочной, неотложной и плановой лечебно-диагностической помощи, а также консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям города. Через год в 1990 году на базе этого отделения был открыт стационар дневного пребывания эндокринологических больных на 10 коек. А в 1992 году при отделении на общественных началах организована «Школа обучения больных сахарным диабетом» после обучения врача центра во Всероссийском эндокринологическом научном центре по методике Дюссельдорфской школы. В 1995 году главным эндокринологом города при содействии городского управления здравоохранения на базе эндокринологического отделения больницы «Электроника» официально был открыт Городской эндокринологический центр мощностью 90 коек для оказания высококвалифицированной специализированной помощи данному контингенту больных. Структура центра определена с позиций новейших медицинских технологий с учетом современного обследования, углубленной дифференциальной диагностики и лечения эндокринных заболеваний. При этом основное внимание было сосредоточено на совершенствовании качества медицинской

помощи эндокринологическим больным. Исходя из задач, стоящих перед эндокринологической службой города, в структуре центра было выделено 70 коек для круглосуточного пребывания больных, 10 коек - для дневного пребывания, 10 коек - для специализированного отделения «Диабетическая стопа». Кроме того, при городском эндокринологическом центре «Школа для обучения больных сахарным диабетом» получила официальный статус.

С целью организации специализированной помощи эндокринологическим больным центр был укомплектован врачами-эндокринологами, прошедшими усовершенствование на центральных базах. Для лечения тяжелейшего осложнения сахарного диабета, именуемого «диабетическая стопа», в городе Москве обучена подиатрическая бригада в составе врача-эндокринолога, хирурга, медсестры.

В настоящее время отделение «Диабетическая стопа» оснащено современным лечебно-диагностическим оборудованием, в частности, аппаратом для ультразвуковой доплерографии, биотезиометром, скаллером, нейропатическими монофиламентами, неврологическими камертонами, лазерным терапевтическим аппаратом, лампой «Бионик». Организованы кабинеты для скрининговой диагностики синдрома диабетической стопы, перевязочная.

В связи с ростом количества больных с заболеваниями щитовидной железы в последнее время создавалась объективная необходимость в развитии тиреологии. С данной целью в 1997 году внедрено новое конструктивное решение работы эндокринолога-тиреолога. В соответствии с мировыми стандартами обучен врач-эндокринолог в г.Москве по проведению УЗИ щитовидной железы с пункционной биопсией безаспирационным тонкоигольным методом.

Результаты деятельности центра следующие. С 1995г по 2002г проведено: УЗИ щитовидной железы - 85000 исследований, пункция ЩЖ - 2000 исследований. По результатам пункционной биопсии выявлена патология: узловой зоб - 50,2%; аутоиммунный тиреоидит - 28%; диффузная гиперплазия - 6%; диффузный токсический зоб - 5,5%; кисты ЩЖ - 2,6%; рак ЩЖ - 1,6%. При этом среди узлового зоба: коллоидно-узловой зоб - 80%; аденомы ЩЖ - 11,2%; кисты ЩЖ - 5,4%; рак ЩЖ - 3,4%.

Таким образом, мы считаем, что владение врачом-эндокринологом названными основными этапами алгоритма обследования тиреологических больных значительно повышает качество диагностики и лечения.

Как показал анализ результатов деятельности Городского эндокринологического центра за 1996-2002 годы (таблица 1), общее количество фактических койко-дней в отделении для круглосуточного пребывания увеличилось на 21,2% и достигло в 2002г. 27077 койко-дней в год, а в дневном стационаре рост составил 36,6%, в отделении «Диабетическая стопа» число койко-дней, проведенных больными, увеличилось на 38,1%.

- Стационар круглосуточного пребывания больных работает с перегрузкой на 9,4%;

- Отделение «Диабетическая стопа» - на 16,7%;