

мой группе. Среди здоровых девушек достоверных повышений концентрации холестерина в крови не отмечалось. Также обращает на себя внимание повышение уровня липопротеидов высокой плотности $2,86 \pm 0,35$ ммоль/л крови в исследуемой группе. При назначении стероидных препаратов при заместительной гормональной терапии изменений в липидном обмене у больных не наблюдалось. Интересно заметить, но клинических признаков церебро- и атеросклероза у больных синдромом Шерешевского-Тернера не было выявлено.

СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИЕ РАЗМЕРЫ МОЗЖЕЧКА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАММАХ

Соловьёв С.В., Азима В.Ю.

*Рязанский государственный медицинский
университет им.акад. И.П.Павлова,
Рязань*

Анализировались томограммы 184 мужчин и 93 женщин в возрасте от 20 до 60 лет без видимых патологий. На основании наших предыдущих исследований (Соловьёв С.В., 2005) препаратов мозжечка предлагается измерять следующие размеры: а) на горизонтальных томограммах проходящих на уровне наибольшего поперечного размера мозжечка – поперечный размер (расстояние между наиболее удаленными кнаружи точками верхних полулунных долей мозжечка); продольный размер (от наиболее выступающих точек кзади нижних полулунных долей до наиболее выступающих точек кпереди квадратных долей левого и правого полушарий мозжечка); б) на фронтальных томограммах проходящих по середине средней черепной ямки – вертикальный размер (от наиболее выступающих точек миндаины до противоположных точек квадратных долей левого и правого полушарий мозжечка. Нами (Соловьёв С.В., 2000) показана необходимость учета размеров черепа, поэтому рассчитывались индексы поперечного размера, продольного и вертикального размера (отношение размеров мозжечка к размерам черепа).

Среднестатистические размеры поперечного размера мозжечка (в мм.) долихоцефалов (Д) – мужчин (м) – $105,7 \pm 1,4$, женщин (ж) – $105,7 \pm 1,43$; мезоцефалов (М) – м – $107,9 \pm 0,7$, ж – $105,0 \pm 0,43$; брахицефалов (Б) – м – $109,3 \pm 0,7$, ж – $107,1 \pm 0,7$; гипербрахицефалов (ГБ) – м – $111,4 \pm 0,7$, ж – $108,6 \pm 0,9$; индекс Д – м – $68,0 \pm 0,9$, ж – $73,5 \pm 0,9$; М – м – $67,8 \pm 0,7$, ж – $68,9 \pm 0,8$; Б – м – $66,7 \pm 1,1$, ж – $68,4 \pm 0,5$; ГБ – м – $64,8 \pm 0,9$, ж – $69,0 \pm 0,4$.

Продольный размер: правое полушарие Д – м – $63,6 \pm 3,5$, ж – $60,0 \pm 3,57$; М – м – $59,3 \pm 1,42$, ж – $61,4 \pm 0,71$; Б – м – $57,1 \pm 2,14$, ж – $58,6 \pm 1,4$; ГБ – м – $60,7 \pm 2,85$, ж – $58,6 \pm 0,1$, индексы -Д- м – $31,5 \pm 3,5$, ж – $30,8 \pm 1,7$; М – м – $28,2 \pm 0,6$, ж – $30,6 \pm 0,4$; Б – м – $30,7 \pm 1,0$, ж – $30,5 \pm 1,0$; ГБ – м – $30,5 \pm 1,5$, ж – $31,7 \pm 1,0$. Левое полушарие Д – м – $65,5 \pm 1,4$, ж – $57,6 \pm 6,43$; М – м – $60,7 \pm 2,85$, ж – $60,0 \pm 1,43$; Б – м – $60,7,1 \pm 2,84$, ж – $57,1 \pm 2,14$; ГБ – м – $60,0 \pm 3,57$, ж – $53,6 \pm 2,86$; индексы – Д – м – $30,0 \pm 5,7$, ж – $30,0 \pm 3,0$; М

– м – $29,1 \pm 1,0$, ж – $30,1 \pm 0,7$, Б – м – $30,7 \pm 1,0$, ж – $29,6 \pm 1,0$; ГБ – м – $30,5 \pm 2,0$, ж – $29,2 \pm 1,5$.

Вертикальный размер платицефалы (П) правое полушарие – м – $42,9 \pm 1,42$, ж – $37,1 \pm 1,86$, ортоцефалов (О) – м – $41,4 \pm 1,42$, ж – $40,7 \pm 1,64$; гипсицефалов (Г) – м – $37,1 \pm 2,14$, ж – $39,3 \pm 1,64$, индексы – П – м – $30,7 \pm 1,1$, ж – $30,7 \pm 1,1$; О – м – $28,4 \pm 1,1$, ж – $29,7 \pm 1,3$; Г – м – $25,7 \pm 2,14$, ж – $28,8 \pm 1,4$. Левое полушарие – П – м – $42,1 \pm 1,42$, ж – $35,0 \pm 1,86$; О – м – $39,3 \pm 1,42$, ж – $37,9 \pm 1,1$; Г – м – $37,1 \pm 1,2$, ж – $36,6 \pm 1,0$; индексы П – м – $30,8 \pm 1,0$, ж – $30,8 \pm 1,0$; О – м – $27,8 \pm 1,3$, ж – $28,4 \pm 1,5$; Г – м – $28,8 \pm 1,6$, ж – $28,6 \pm 1,5$.

Таким образом, абсолютные размеры мозжечка мужчин, по данным компьютерных томограмм, больше мозжечка женщин. Анализ индексов мозжечка мужчин и женщин позволяет объяснить это явление за счет различия среднестатистических размеров черепа мужчин и женщин. Это подтверждает данные наших исследований проведенных на препаратах мозжечка мужчин и женщин (Соловьёв С.В., 2005)

ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРКАПНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Сосновский Д.Г.

*Городская Клиническая больница,
Майкоп*

Сегодня количество больных сахарным диабетом составляет около 4% населения Земли. Каждый второй больной сахарным диабетом (СД) рано или поздно нуждается в хирургической помощи.

Увеличение продолжительности жизни больных СД привело к росту его поздних осложнений - ангиопатии, полинейропатии, нефропатии, ретинопатии, гнойно-септические осложнения и др. Среди больных СД от 25 до 75 лет поражение конечностей встречается от 20 до 80% случаев в качестве СДС. По нашим данным этот процент в возрастной группе от 50 до 70 лет достигает 90% с явным преобладанием женщин. Некоторые инфекционные процессы при сахарном диабете наблюдаются чаще, чем в аналогичной возрастной группе больных не страдающих СД. К таким инфекционным процессам, в частности, относятся гнойно-некротические заболевания стопы у больных сахарным диабетом.

В отделении гнойной хирургии МГМКБ в год проходит 1200-1400 больных, 20-25% из них – больные страдающие сахарным диабетом пять и более лет. Из них 85-100 больных с различными формами гнойно-септических осложнений синдрома диабетической стопы. В последние годы появились работы о положительных физиологических эффектах углекислого газа, применяемого наружно в виде сухих углекислых ванн. Известно, что использование углекислого газа не только улучшает периферическое кровообращение, но и улучшает общее состояние пациентов.

Нами было предложено в стандартную методику лечения больных сахарным диабетом, с уже развившимися гнойными осложнениями СДС, ввести компонент гиперкапнической гипоксистерпии (ГГТ).

Суть метода в том, что больная конечность погружается в среду со 100% содержанием CO₂. В обычных условиях время процедуры составило 20 минут. Метод использован у 40 больных с СДС. Мужчин из них – 31, женщин – 9. В оценке метода были использованы критерии: сроки полной эпителизации раны, длительность стационарного лечения, длительность ремиссии. Оценивались такие показатели как изменение остроты зрения, выделительной функции почек. Как показал анализ, у многих больных отмечалось явное улучшение этих критериев. Было установлено, что у больных с применением CO₂ полное заживление было достигнуто в значительно большем проценте случаев по сравнению с группой контроля. Отмечено раннее появление демаркационной линии, чего не отмечалось в группе традиционного лечения. Снижались проявления гипостезии. Приживляемость кожного лоскута отмечалась почти в 100% случаев, не отмечалось прогрессирования гнойно-некротических процессов в ране. Так по нашим данным процент ампутаций снизился более чем на 50%, и составил в 2001 г. - 12%, а в 2002 г. - 8% от числа всех оперированных больных по поводу осложненных форм СДС.

В процессе наблюдения за характером течения раневого процесса у больных с СДС было отмечено, что даже визуально имеется отличие лизиса тканей и характер его распространения, перифокальной реакции, от таковых при любой другой природе гнойно-некротического процесса.

Используя первоначально в комплексном лечении локальную барокамеру Кравченко в традиционном ее применении, мы обратили внимание либо на отсутствие ожидаемого клинического эффекта, либо на явное ухудшение течения раневого процесса, что выражалось в увеличении площади вторичных некрозов по отношению к общей площади раны, укорочении времени их рецидива, необъяснимому лизису визуально здоровых тканей и т.д. Эти критерии нами использовались при выборе тактики, объема оперативного вмешательства, прогнозировании. Но эти наблюдения и послужили поводом для попытки применить углекислый газ в лечении СДС – «метод от противного».

Попытка объяснить эффективность ГТ привела нас к вопросу газотканевого сродства и теории общего адаптационного синдрома (ОАС). Полагаем, что в основе особенностей течения гнойно-некротического процесса при СДС лежат эффекты ОАС, которым предшествуют изменения чувствительности адресной ткани с образованием патологического газотканевого сродства (ПГТС). Таким образом, использование локальной гиперкапнической гипокситерапии в комплексном лечении СДС значительно повышает его эффективность, уменьшает процент ампутации конечностей. С учетом простоты методики, последняя может быть использована в лечебных учреждениях различного организационного уровня.

Наши исследования в этом направлении будут продолжены.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Фролова О.А., Габидуллина С.Н.,
Фролов Д.Н., Любимова О.В.
*Казанский государственный
медицинский университет,
Казань*

На качество жизни населения любого региона в той или иной мере оказывает влияние целый комплекс причин и факторов, среди которых наиважнейшее место занимают гигиенические, экономические и здоровье населения. Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья населения, отмечены снижение качества жизни значительной части населения (низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения, ухудшение условий жизни, труда, отдыха, состояния окружающей среды, качества и структуры питания и др.), чрезмерные стрессовые нагрузки, снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической, что способствует распространению вредных привычек и нездорового образа жизни.

Исследование в данном направлении поддержано Российским гуманитарным научным фондом, проект №05-06-06448а.

Социально-гигиенический фактор играет определяющую роль в сегодняшней ситуации. В связи с этим в данном исследовании было уделено особое внимание оценке социально-экономических и экологических условий жизни населения города, включенных в территориальную выборку.

Всего опрошено 1025 человек, из них 62% женщины и 38% мужчин. Среди респондентов были представлены все социальные слои населения: рабочие составили - 39,7%, служащие - 28,6%, студенты - 7,1%, домохозяйки - 3%, пенсионеры - 18,3%, неработающие - 3,3%.

Социологическое исследование образа жизни опрошенных выявило, что только 11% занимаются утренней гимнастикой и лишь у 37% досуг связан с физическими нагрузками (занятия в тренажерном зале, шейпинг, плавание, подвижные игры и т.д.). Больше половины опрошенных (58%) курят постоянно или время от времени. Среди респондентов умеренно употребляют алкоголь - 68%, не употребляют - 26%, остальные - 6% признаются в злоупотреблении алкогольными напитками. Все это, несомненно, негативно отражается на здоровье населения.

Низкий уровень заработной платы и социальных пособий, неудовлетворительные жилищные условия, неблагоприятная экологическая ситуация, низкое качество употребляемых продуктов питания, недоступность бесплатного образования, неудовлетворительное качество медицинской помощи являются причиной неудовлетворительных социально-экономических условий. Только 12% опрошенных указали на благоприятные социально-экономические условия своей жизни и своих близких, 48% неудовлетворены и лишь 30% удовлетворены социально-экономическим уровнем, на котором они находятся.