

**ТОПОГРАФИЯ И ПЕПТИДЕРГИЧЕСКАЯ
ИННЕРВАЦИЯ СУБПОПУЛЯЦИИ
НЕЙРОНОВ БОЛЬШОГО ТАЗОВОГО
ГАНГЛИЯ ПРИ СТАРЕНИИ У КРЫС**

Глинкина В.В., Князева Л.А., Чарыева И.Е.
*Российский государственный медицинский
университет им.Н.И. Пирогова,
Москва, Россия*

Исследовано изменение характеристик субпопуляции нейронов большого тазового ганглия (БТГ), иннервирующих простату, при старении у самцов крыс. Дефинитивные показатели определялись у крыс в возрасте 6-ти месяцев, а возрастные изменения у 1.5 летних животных. Данный нервный узел является релейной структурой. Парасимпатический преганглионарный вход БТГ получает от нейронов крестцового отдела спинного мозга в составе n.pelvicus, симпатический - от нейронов поясничного отдела спинного мозга в составе гипогастриального нерва. Большое количество постганглионарных ветвей идут к органам таза, в том числе и простате. Изменение характеристик нейронов данного ганглия на продвинутых этапах онтогенеза может, наряду с другими факторами, быть причиной нарушений функционирования иннервируемых им органов при старении.

Выявление функциональной группы нейронов БТГ, посылающих свои аксоны к простате, осуществлялось с помощью антероградного транспорта примулина из простаты в тела нервных клеток, после чего анализировались топография и плотность нейронов, меченых красителем. При исследовании ВИП (вазоактивный интестинальный полипептид)- и ЭНК (энкефалин)-эргической иннервации данной группы нейронов после введения примулина и вслед за истечением необходимого для его транспортировки времени применяли непрямую иммуногистохимическую процедуру. После этого производили подсчет пептид-позитивных терминалей, окружающих тела меченых примулином нейронов.

Исследование топографии нервных клеток, иннервирующих простату, в объеме БТГ у взрослых животных показало, что нейроны данной функциональной группы расположены преимущественно в области выхода их постганглионаров. Краситель выявлялся в основном в крупных одиночных нейронах, однако встречались и группы из 3-6 различных по диаметру нейроцитов. У старых крыс положение исследуемой субпопуляции в объеме ганглия не меняется. Наблюдается уменьшение плотности окрашенных нервных клеток и сужение зоны их локализации, что, по-видимому, отражает гибель нейронов, иннервирующих орган-мишень или снижение возможностей иннервации с возрастом. Содержащие примулин нейрони-

ты в ганглии старых животных за редким исключением крупные, располагаются поодиночке среди негативных в отношении флюорофора нервных клеток.

Изучение ВИП- и ЭНК-эргической иннервации выявило снижение этого показателя для обоих нейропептидов в группе 1.5-летних животных по сравнению со взрослыми. Редукция числа терминалей, позитивных к ВИП, более выражена и составляет у старых крыс 42%, а для энкефалина этот показатель равен 30%. Данный результат может, вероятно, отражать различную значимость данных нейропептидов в цепи передачи сигнала.

**ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ
УСЛОВИЙ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ ГОРОДСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ**

Голубовский С.А., Колбенев Ю.Н.
*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника № 11»,
Омск, Россия*

В настоящее время амбулаторно-поликлиническая помощь населению крупных городов приобретает особую актуальность. Одной из основных причин, определяющих это, является приоритетный национальный проект «Здоровье», в полном объеме начавшийся в 2006 году, включающий в себя дополнительное лекарственное обеспечение, первичную медико-санитарную помощь, дополнительную иммунизацию, дополнительную диспансеризацию работников бюджетной сферы, оснащение учреждений современным оборудованием.

В тоже время, в условиях финансового кризиса нарастает дефицит бюджетного финансирования деятельности лечебно-профилактических учреждений. Средства на ремонты учреждений не выделяются уже достаточно длительный период времени, что ухудшает качество гигиенической среды в лечебных учреждениях, что, несомненно, влияет на условия труда медицинских работников.

Вышеуказанное делает актуальным введение мониторинга социально-трудовой среды медицинских работников, как значимого фрагмента социально-гигиенического мониторинга, предусмотренного постановлением Правительства РФ от 2 февраля 2006 года № 60 «Об утверждении Положения о проведении социально-гигиенического мониторинга», а также проведение в учреждениях здравоохранения аттестации рабочих мест.

С целью изучения гигиенических аспектов этого вопроса нами были использованы данные результатов инструментальных и лабораторных исследований, проведенных непосредственно на

рабочих местах (далее РМ) городской поликлиники. В ходе исследования были изучены микроклиматические параметры (температура, влажность, подвижности воздуха) – 588 измерений, концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны – 63 пробы, освещенность – 43 измерения, напряженности электромагнитных полей (далее ЭМП) – 7 измерений, определены показатели тяжести и напряженности трудового процесса на 40 РМ.

Объектом изучения являлись врачи, средние медицинские работники и младший персонал городской поликлиники. Всего были проанализированы результаты обследований на 140 РМ поликлиники, в том числе общеполитический персонал (включая главного врача, заместителей главного врача, главную медицинскую сестру и т.д.) – 19 РМ; хирургический кабинет – 6 РМ; ЛОР-кабинет – 3 РМ; неврологический кабинет – 6 РМ; офтальмологический кабинет – 5 РМ; онкологический кабинет – 1 РМ.

В ходе исследования выявлено, что наиболее вредные воздействия производственных факторов были на следующих РМ : врач – статистик (класс условий труда 3.3) по напряженности ЭМП, естественному освещению и освещению рабочей поверхности; врач – хирург (класс условий труда 3.2) по естественному освещению и освещению рабочей поверхности. В этот же класс по этим же факторам вошли РМ ЛОР - врача, врача - офтальмолога и невролога.

Измерение концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны на 28 РМ, в том числе в центральном стерилизационном отделении, процедурных кабинетах, кабинетах ЛОР – врача и офтальмолога не показало превышение концентраций.

Вышесказанное позволяет нам сделать следующие выводы:

- из числа обследованных РМ в лечебном учреждении только 2,5 % мест характеризовались оптимальными и допустимыми условиями труда;
- основными факторами, определяющими опасные и вредные условия труда более чем на 45% РМ, являлись - напряженность электромагнитных полей в результате использования персональных компьютеров устаревших типов, а также естественное освещение и освещенность рабочей поверхности, т.е. легко устранимые факторы.

Результаты данного исследования говорят об актуальности, в настоящее время, обоснования алгоритма и разработки системы мероприятий, направленностью которых было бы управление параметрами производственной среды с целью сохранения здоровья медицинских работников.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУЖНЫХ ТРАВМАХ ГЛОТКИ, ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ

Гюсан А.О., Гюсан С.А.

Кафедра оториноларингологии Ставропольской государственной медицинской академии, Ставрополь. Россия.

Травматические повреждения глотки, гортани и шейного отдела трахеи встречаются последнее время все чаще, и вызывают тяжелые нарушения здоровья, нередко приводят к смертельным осложнениям или различной степени инвалидизации пострадавших.

Цель работы проведение ретроспективного анализа оказания помощи подобным пострадавшим и выявление путей её совершенствования.

Объекты и методы исследования. Критическому анализу подвергнуто 26 медицинских карт пострадавших, находящихся на лечении в различных отделениях (отоларингологическом, хирургическом, челюстно-лицевом) республиканской клинической больницы с травматическим повреждением глотки, гортани или верхних отделов трахеи. Лишь 6(23,0%) пострадавших с названной травмой лечились в ЛОРотделении. В остальных случаях ЛОРврач выступал лишь как консультант. Чаще всего помощь подобным пострадавшим оказывалась в хирургических отделениях. Объем вмешательств, проводимых ЛОРврачом, ограничивался трахеотомией. Не во всех случаях было проведено послойное ушивание травматического дефекта. У подавляющего числа пострадавших не было сразу проведено раздельное дренирование воздухо- и пищепроводных путей.

К сожалению, почти во всех случаях объем вмешательств ограничивался тяжестью состояния пострадавшего и различной степенью квалификации специалиста, оказывающего первую помощь. Так, во всех случаях оказания помощи общими хирургами не проводился целенаправленный осмотр гортани и трахеи, не применялись методы фиброэндоскопии и микроларингоскопии. Рентгенологическое исследование проведено 15 пострадавшим, а его оценка вовсе не соответствовала имеющейся патологии. В двух случаях при наложении трахеостомы была введена металлическая канюля несоответствующего размера. Вообще, даже при наложении трахеостомы таким пострадавшим ЛОРврачами в 2 случаях отмечалось несоответствие длины и изгиба ригидной пластмассовой трахеотомической трубки и затрудненном её использовании из-за нарушенных анатомических взаимоотношений и измененного гортанно-трахеального угла. Во всех случаях был введен назогастральный зонд, 5 больным выполнена неотложная гастростомия.