

страдающими алкоголизмом (82%), туберкулезом (58%), наркоманией (44%), сифилисом (22%), психическими заболеваниями (13%), ВИЧ-инфицированными матерями (8%). У всех детей выявлена ante- и интранатальная патология, 45% рождены недоношенными или с низкой массой тела, у 12% – диагностированы врожденные и наследственные заболевания, в период новорожденности до 70% детей были переведены из родильных домов в отделение патологии новорожденных.

При комплексной оценке состояния здоровья оказалось, что все дети имеют серьезные отклонения в состоянии здоровья. Более чем у половины обследованных наблюдается нарушение пластических процессов – дефицит массы тела (23%), роста (37%), отклонения физического развития (58%). Распределение по группам здоровья было следующим: 1 группу не имел никто из обследованных, ко 2 группе отнесены 42% детей, к 3 – 48%, 4 группа здоровья зарегистрирована у 10%. Важно отметить, что чем дольше дети до помещения в семейные условия находились в детских домах или домах ребенка, тем чаще у них выявлялись хронические заболевания и задержка биологического, нервно-психического и физического развития.

В структуре заболеваемости воспитанников приемных и опекунских семей на первое место выходят психические заболевания и патология нервной системы (80%), на второе – наследственные заболевания и врожденные аномалии развития (57%), на третье – патология опорно-двигательного аппарата (46%). На высоком уровне держится число детей с патологией глаз и слуха (33%), анемией (31%), органов дыхания (31%). В связи с наличием жалоб и отклонениями в здоровье при отсутствии диагноза выявленными патологическими симптомами, жалобами и отсутствием диагноза 27% обследованных направлены в краевые и городские центры, у 87% детей проведено лечение ряда заболеваний.

Выводы

1. Оказание помощи детям из приемных и опекаемых семей – это комплексная, многоуровневая социальная, психологическая и медицинская проблема.

2. Помещение детей в семейные условия в целом благоприятно сказывается на состоянии их здоровья и развитии.

3. Врачи, осуществляющие наблюдение воспитанников замещающих семей должны уделять внимание не только состоянию здоровья и развитию детей, но и социально-психологическим аспектам пребывания ребенка в семье для выявления риска возвращения последнего в детский дом.

4. В работе врача важно наличие тесного контакта как с законными представителями детей, так и с сотрудниками других служб, осуществляющих сопровождение детей.

Список литературы

1. Гасиловская Т.А., Садыков М.М. Значение опроса родителей в экспертизе качества педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи // Российский педиатрический журнал. – 2009. – №6. – С. 43-47.
2. Зелинская Д.И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – №1. – С. 83-89.
3. Кабринский Б.А. Мониторинг состояния здоровья детей с использованием современных компьютерных технологий: состояние и перспективы. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – №1. – С. 6-11.
4. Палиева Н.А., Г.Н. Соломатина. Психологические факторы эффективности замещающих семей. // Вопросы психологии. – 2009. – №1. – С. 45-48.
5. Busseu A.L., Leung W., Ch. Gaskell A.W., Field J.E. Computer based medical information system for child health // Health Soc Serv J. – 1975. – №1. – P. 18-20.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Алипов В.В., Цацаев Х.М., Урусова А.И.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздравоохранения, Саратов,
e-mail: vladimiralipov@yandex.ru

Одним из актуальных и перспективных направлений в современной хирургии, является применение лазерных технологий. Одной из перспектив такого направления является лазерный фототермолиз новообразований желудка с использованием светопоглощающих наночастиц. Наиболее частым осложнением лазерного фототермолиза является перфорация стенки желудка.

Цель исследования – используя лазерные технологии разработать модель перфорации желудка и экспериментально обосновать эндоскопические способы их хирургического лечения.

Материалы и методы. Для разработки способов эндоскопического лазерного фототермолиза при новообразованиях желудка, на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии СГМУ проведены серии экспериментов на 25 органных комплексах и 10 лабораторных животных (беспородные собаки). Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил использования лабораторных животных (процедура соответствовала стандартам Этического комитета и Хельсинской декларации 1983 года). Анестезиологическое обеспечение экспериментальных операций осуществлялось комбинированным способом.

Нами разработана методика проведения облучения слизистой желудка через биопсийный канал фиброгастроуденоскопа. Для проведения лазерного воздействия на стенку желудка под визуальным эндоскопическим контролем в желудок проводят световод лазера «Lasermed 01-10» с длиной волны 1064 нм в постоянном режиме. Диаметр световода 600 нкм; мощность излучения на торце световода 8–10 Вт. Лазерное эндоскопическое воздействие на стенку желудка

в ИК-диапазоне обеспечивает нагрев слизистой оболочки желудка до 50–70 градусов за 1 минуту.

При непосредственном контакте световода со слизистой желудка и увеличении сроков и температуры нагрева, при мощности излучения 10 Вт, непосредственное контактное воздействие на все стенки желудка приводит к образованию коагуляционного некроза, вплоть до образования перфоративного отверстия (от 600 нкм до 10 мм и более). Специально для интраоперационной коррекции перфоративных осложнений желудочной стенки при проведении фототермолиза нами разработан и запатентован эндоскопический способ закрытия перфоративного дефекта.

С целью миниинвазивной «пломбировки» созданного под комбинированным наркозом перфоративного дефекта нами в экспериментах на 10 лабораторных животных (беспородные собаки) разработаны и запатентованы способы комбинированного (как через лапароскопический, так и через минидоступ) закрытия перфоративного дефекта с помощью оментопластики (5 исследований) и использования клеевых пластинок «Тахокомб» (5 исследований). При этом важное значение уделено компьютерному моделированию процессов распространения лазерного излучения в биологических объектах и методики коррекции возможных осложнений данного способа фототермолиза. В результате исследований установлено, что наиболее оптимальным является комбинированная эндоскопическая пластика пряжью сальника в сочетании с использованием пластины клея «Тахокомб» и двухпросветного катетера с баллоном.

Полученные результаты. При проведении описанной пластик перфоративного дефекта к 3-м суткам после закрытия перфоративного дефекта после раздувания желудка воздухом, а в последующем после введения 500 мл жидкости отмечена полная герметичность корригированного дефекта. При контрольном ФГС-исследовании на 3, 7, 14-е сутки после использования эндоскопической оментопластики, отмечены ранняя эпителизация и полноценное восстановление подслизистой соединительной основы и дефекта слизистой. При этом констатировано уменьшение выраженности воспалительной реакции и сроков заживления слизистой без ее деформации и образования грубого рубца.

Заключение. Предложенные в эксперименте способы эндоскопического трансгастрального лазерного воздействия на слизистую желудка показали, что лазерное эндоскопическое воздействие на стенку желудка в ИК-диапазоне обеспечивает нагрев слизистой оболочки желудка до 50–70 градусов за 1 минуту, что возможно использовать для проведения фототермолиза в экспериментальной онкологии. При моделировании перфорации или при развитии перфоративных осложнений лазерного фототермолиза

может быть использована методика комбинированной эндоскопической «пломбировки» перфоративного дефекта.

ОСОБЕННОСТИ СТРЕССРЕАКТИВНОСТИ И МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ НОРМАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Кувшинов Д.Ю.

*ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия», Кемерово,
e-mail: physiolog@mail.ru*

Повышение артериального давления (АД) – ведущая причина смертности населения мира, сильный и независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, роль которого превосходит вклад курения, гипергликемии, дислипидемии и ожирения. Этот риск не имеет порога: риск тем больше, чем выше АД! При физической или умственной нагрузке, во время стресса систолическое давление больше изменяется, чем диастолическое, но последнему уделяется недостаточное внимание.

Целью исследования было оценить характер взаимосвязи нормального диастолического артериального давления с уровнем стрессреактивности и биохимическими маркерами (NO) у лиц юношеского возраста.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены у практически здоровых студентов 17-21-летнего возраста первого и второго курсов лечебного и педиатрического факультетов медицинской академии. Все исследования были выполнены в условиях лаборатории в утренние часы (с 8.00 до 12.00) при информированном письменном согласии студентов.

Для оценки стрессреактивности (СР) использовались шесть различных методов:

1) цветовой тест Люшера (Собчик Л.Н., 1990);

2) опрос по Дж.Тейлору для выявления уровня тревожности (Леонова А.Б., Медведев В.И., 1981);

3) оценка «индивидуальной минуты» (Аляничкова Ю.О., Смирнов А.Г., 1997);

4) иридокопическое определение числа нервных колец радужки (Вельховер Е.С. и др., 1988);

5) функциональная проба «Математический счет» (Киселев В.И. и др., 1989);

6) автоматический анализ ритма сердца с использованием аппаратно-программного комплекса «Хронокард 2.2» для определения индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС) (Баевский Р.М., 1979).

Все параметры СР оценивали с ранжированием в на высокие, средние и низкие (3, 2