

В условиях с нарушением слуха значительная роль принадлежит сурдопедагогам, но как показала практика, сочетание сурдопедагогической и логопедической работы позволяет достигнуть лучших результатов и приблизить оптимальный уровень для развития слабослышащего ребенка.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

Кузьмичева Л.В., Конакова Н.Е., Алесова Н.М.
 ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск,
 e-mail: has737@yandex.ru

Функциональную активность красных кровяных клеток определяли по содержанию эритроцитов и гемоглобина в крови, показателю гематокрита, среднему объему эритроцита (MCV), среднему содержанию гемоглобина (MCH) и средней концентрации гемоглобина (MCHC) в эритроцитах. В крови больных острой пневмонией (n = 15) наблюдается снижение содержания эритроцитов и уровня гемоглобина на 25% и 42% соответственно по отношению к контролю, что свидетельствует об анемии. При этом уменьшается средний объем эритроцитов на 15%. Величина гематокрита составляет $27,54 \pm 1,14\%$, что ниже контрольного значения на 35% и возможно свидетельствует о степени выраженности анемии. Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах уменьшается на 17%. Средняя концентрация гемоглобина в клетках в пределах нормы и составляет $308,13 \pm 2,43$ г/л. Отмечается сильная прямая корреляционная связь между концентрацией гемоглобина в эритроцитах и средним объемом клеток ($r = 0,67$; $p < 0,05$) и содержанием гемоглобина в эритроцитах и их концентрацией ($r = 0,73$; $p < 0,05$). При исследовании показателя MCV у больных острой пневмонией наблюдается разный объем клеток, что свидетельствует о типе анемий. У 40% обследованных (6 пациентов) показатель MCV в пределах 80 fl – 100 fl, эритроциты характеризуются как нормоциты, при этом могут быть нормоцитарные анемии (апластическая, гемолитическая, гемоглобинопатия, постгеморрагическая). У 53,3% обследованных больных (8 пациентов) объем эритроцитов меньше 80 fl (микроциты) – микроцитарные анемии (железодифицитная, талассемия, сидеробластная). У 6,7% обследованных больных (1 пациент) объем эритроцитов больше 100 fl (макроциты) – макроцитарные и мегалобластные анемии (фолиеводефицитная, В12-дефицитная). Таким образом, при острой пневмонии на фоне выраженной анемии наблюдается уменьшение среднего объема эритроцитов и содержания в них гемоглобина, что, возможно, свидетельствует о гипертоническом характере нарушений водно-электролитного баланса.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Татьянченко В.К., Богданов В.Л.,
 Овсянников А.В., Сухая Ю.В.

Государственный медицинский университет,
 Ростов-на-Дону, e-mail: valeribogdanov@yandex.ru

Цель исследования. Клинико-анатомическое обоснование хирургической коррекции мегадолихоколон в состоянии декомпенсации.

Материалы и методы. Морфометрия и гистотопография фиксирующего аппарата ободочной кишки в норме и при мегадолихоколон проведены на 80 трупах людей. В эксперименте на 40 животных выполнено моделирование идиопатического мегадолихоколон (Федеральный патент РФ).

Результаты. Установлено, что при идиопатическом мегадолихоколон изменения в фиксирующем аппарате носят врожденный характер, при сохранности вегетативной нервной системы пассаж по нисходящей ободочной и сигмовидной кишке замедляется, повышается внутрипросветное давление. Вследствие идиопатической «слабости» соединительной ткани изменения в фиксирующем аппарате и формирование мегадолихоколон происходит одновременно. Подвижность удлиненной кишки увеличивается, а компенсаторные изменения в связочном аппарате становятся неэффективными, что способствует развитию мегадолихоколон и его декомпенсации. В том случае, если после резекции декомпенсированной кишки «здоровая» низведенная петля нефиксирована, она вовлекается в выше описанный патологический процесс. Предотвратить рецидив возможно воссоздав селезеночно-изгиб ободочной кишки и селезеночно-ободочную связку, при этом мобилизованная кишка фиксируется к фасциальным узлам забрюшинного пространства.

Вывод: связочный аппарат и ободочная кишка при мегадолихоколон одинаково не устойчивы к механическим нагрузкам, при резекции ободочной кишки необходимо восстанавливать ее связочный аппарат.

О ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛОЖНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ НА ОСНОВЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Татьянченко В.К., Богданов В.Л.,
 Овсянников А.В., Ковалев Б.В., Сухая Ю.В.,
 Воронова О.В.

Государственный медицинский университет,
 Ростов-на-Дону, e-mail: valeribogdanov@yandex.ru

Цель. Обосновать целесообразность использования сложных трансплантатов на основе скелетных мышц для пластики дефектов тканей тазового дна и промежности.

Материал и методы. В анатомических исследованиях на 60 трупах изучены особенности кровоснабжения и иннервации *m. gracilis*, *t. semitendinosus*, *t. gluteus maximus*. Разработаны оригинальные способы формирования кожно-подкожно-фасциально-мышечных трансплантатов на основе этих мышц, и возможные варианты использования в хирургии тазового дна и промежности (Федеральный патент РФ). В клинике у 52 больных выполнены реконструктивно-восстановительные операции при лечении ректоцеле, выпадения прямой кишки и пластике дефектов промежности и заднепроходно-крестцовой области. Всем больным до операции проводили тренировку сосудистого русла мышц-доноров.

Результаты. Разработанная оригинальная технология реконструктивно-восстановительных операций позволяет увеличить диапазон перемещения сложного трансплантата в сторону дефекта тканей тазового дна и промежности на 6-8 см. Полностью исключается угроза перегиба или натяжения сосудисто-нервной ножки сложного трансплантата. Восстановление замыкательного аппарата прямой кишки достигается фиксацией мышечного участка трансплантата к передней полуокружности наружного сфинктера. Фиксация мышечно-фасциального участка трансплантата лапароскопическим методом к фасциальной капсуле прямой кишки в натянутом состоянии, помимо радикального устранения ректоцеле или ее выпадения, позволяет создать в диафрагме таза упругую структуру, препятствующую дальнейшей деструкции его мягкого остова. Срок наблюдения за больными варьирует от 1 до 5 лет. У 83,3% больных получены хорошие функциональные результаты, а у 16,7% больных удовлетворительные.

Заключение. Положительные результаты лечения больных с ректоцеле, выпадением прямой кишки, рубцовой деформацией промежности позволяют расширить показания к выполнению операций по разработанной нами оригинальной методике.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ

Турова А.Ю., Каде А.Х., Уваров А.В., Кочергина А.Ю., Занин С.А., Калмыкова М.А.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, e-mail: alla_turovaya@rambler.ru

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей был и остается одной из наиболее важных проблем, встречающейся в практике врачей различных специальностей, как осложнение многих заболеваний, так и впервые проявляющийся на фоне внешнего благополучия. Самым

опасным последствием ТГВ нижних конечностей является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Сам по себе ТГВ нижних конечностей больше чем в половине случаев влечет за собой развитие посттромботической болезни пораженной конечности, которая у 30% пациентов приводит к инвалидности.

Целью исследования является изучение распространенности и особенности этиопатогенеза тромбоза вен нижних конечностей в зависимости от предрасполагающих факторов.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения МБУЗ «Городской клинической больницы №1» г. Краснодара и Красногвардейской ЦРБ Республики Адыгея были обследованы 40 пациентов с ТГВ нижних конечностей. При исследовании оценивали такие параметры: пол и возраст больных; факторы риска, повлекшие развитие тромбоза; локализацию окклюзии; осложнения; наследственную предрасположенность; состояние системы гемостаза на основании данных коагулограмм (активированное частичное тромбопластиновое время – АЧТВ, тромбиновое время – ТВ, антитромбин-III, фибриноген).

Результаты исследования и их обсуждение. Из 40 больных с диагнозом ТГВ нижних конечностей 43% – женщины и 57% – мужчины. 61,27% человек в возрасте 44-60 лет; 38,73% человек в возрасте 60-71 год. В ходе исследования показателей коагулограмм до начала лечения были выявлены различные нарушения в системе гемостаза. Укорочение АЧТВ ($26 \pm 1,6$ с) и ТВ ($15,6 \pm 0,2$ с) наблюдалось у 43,34% пациентов, что может свидетельствовать о возможной активации системы гемостаза – гиперкоагуляции. У 56,66% пациентов была зарегистрирована нормокоагуляция. Повышение фибриногена ($4,16 \pm 0,09$ г/л) наблюдалось у 26,67% больных, что может наблюдаться при любом состоянии, вызванном воспалительными процессами или повреждениями тканей и активацией внутрисосудистого свертывания крови. Снижение уровня антитромбина III ($73,5 \pm 3,6\%$) – компонент противосвертывающей системы, функцией которого является инактивация основных факторов свертывания, в том числе тромбина, было зафиксировано у 36,7% пациентов.

Установлено, что основным фактором риска развития ТГВ нижних конечностей являлись различные формы ишемической болезни сердца (ИБС), осложненные хронической сердечной недостаточностью (30% пациентов). Это может быть обусловлено нарушением реологических свойств крови таких, как повышение вязкости и агрегации тромбоцитов. Среди других предрасполагающих факторов в развитии ТГВ выявлены: перенесенная травма опорно-двигательного аппарата, потребовавшая иммобилизации – 26,67% больных и ожирение II и III степени – 13,34% больных, так как данная па-