

*Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии***АНАЛИЗ ПРИЧИН ОРГАНО-УНОСЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ**

Абдулхакимов Э.Р.

*Областная клиническая больница №1,
Астрахань*

Нефрэктомия в переводе с греческого – иссечение почки. Предпосылкой для осуществления этого вмешательства явилось развитие нефрологии – науки, изучающей этиологию, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики поражений почек.

В конце 19 века барьер хирургической неприкосновенности почки был преодолен. Впервые нефрэктомия по поводу опухоли выполнил Эрастус Уолкотт в 1861 г. В России первая нефрэктомия была проведена Орловским в 1886 г. Лапароскопическим доступом нефрэктомия впервые в мире выполнил в 1990 году Р. Клеймэн (США), первым в России – 2 ноября 1993 года в ЦМСЧ №19 (Новогорск) доцент кафедры Владимир Романов.

Цель настоящего исследования - изучить причины нефрэктомий проводимых в урологическом отделении АМОКБ №1 за период с 1994 по 2003 год, а также определить, какое место эти операции занимают среди всех операций проводимых в данном отделении.

Подобное исследование проводилось в 1977 г. проф. Звара В., Й. Стойкович в урологической клинике Медицинского факультета Университета им. Коменского в Братиславе. Анализ проводился за период с 1970 по 1979 г. было осуществлено 445 нефрэктомий, что составило 7,5% всех урологических операций. Среди больных преобладали женщины (54,1%). Слева нефрэктомия выполнили у 52%, справа-48% больных. Основным показанием к нефрэктомии является злокачественная опухоль, затем уrolитиаз и гидронефроз.

В 1999 г. в Болгарии в Софии Ал-Халил Н., Панчев П., Куманов К. провели анализ нефрэктомий за период с 1990-1995 года, в госпитале “ Александровска”. Было изучено 388 нефрэктомий произведенных при различных заболеваниях почек и мочеоточника. Из полученных результатов следует, что количество нефрэктомий преобладает при новообразованиях почек и мочеоточника. Вторым по частоте показанием явился пионефроз. На 3 и 4-ом месте находятся нефролитиаз и гидронефроз соответственно.

Материалы и методы: нами проанализировано 269 историй болезни лиц, которым проводилась нефрэктомия в урологическом отделении АМОКБ №1 за период с 1994 по 2003 года.

Результаты: за период с 1994 по 2003 года в урологическом отделении проведено около 5300 операций. Нефрэктомия составила 5% всех урологических операций.

За период с 1994 по 2003 года проведено 269 нефрэктомий, среди них у женщин-155, у мужчин-114. Справа выполнено 157 нефрэктомий: женщин - 93, мужчин -64, а слева 112 операций: женщин-62, мужчин-50. Средний возраст у женщин составил 47

лет, у мужчин 51 год. Жителями г. Астрахани были 112 человек, области-142 человек, из ближайших республик 15 человек. Средний койко-день составил 22,6 дня. В первые сутки прооперированно 12 (4,5%) больных, во 2-е сутки-18 (6,7%), на 3-е сутки-12 (4,5%), на 4-е –7 (2,6%), в отсроченном порядке- 220 (81,8%) больных.

Показаниями для нефрэктомий явились следующие причины: опухоли-62 (23%), МКБ коралловидный нефролитиаз - 28 (10,4%), МКБ с острым гнойным пиелонефритом - 27 (10%), аномалии развития – 27 (10%) (из них преобладает добавочный нижнеполярный сосуд), гнойный пиелонефрит –25 (9,2%), хронический пиелонефрит со сморщиванием почки - 18 (6,6%), структура пиелоуретрального сегмента –16 (5,9%), МКБ инфицированный гидронефроз-15 (5,2%), инфицированный гидронефроз-11 (4,1%), МКБ со сморщиванием почки –8 (2,9%), аномалии положения – 5 (1,8%), травматический разрыв почки – 5 (1,8%), МКБ хронический пиелонефрит, обострение – 5 (1,8%), солитарная киста – 4 (1,4%), аномалии количества – 3 (1,1%), поликавернозный туберкулез почки - 2 (0,7%), нагноившаяся киста –2 (0,7%). Рак простаты, опухоль надпочечника, высокое отхождение мочеоточника, субкапсулярная гематома, склероз шейки мочевого пузыря острый гнойный пиелонефрит, уросепсис в единичных случаях (0,3%).

При гистологическом исследовании в большинстве случаев преобладает следующая картина: склероз клубочков, зернистая дистрофия эпителиа канальцев, в просвете лейкоциты, в строме и слизистой ЧЛС воспалительная инфильтрация - 122 случая (45%), новообразования подтвердились в 62 (23%) случаях, из них злокачественного характера - 56 (20,8%), доброкачественного – 6 (2,2%), вторичное сморщивание – 19 (7%), гнойный пиелонефрит –18 (6,6%), инфицированный гидронефроз – 11 (4%), ткань кисты – 6 (2,2%), кровоизлияние – 5 (1,8%).

Число летальных исходов - 0,7%.

Выводы:

1. За период в течение 10 лет частота нефрэктомий в структуре всех урологических операций остается неизменной, несмотря на рост методов функциональной диагностики, улучшение диспансерного обслуживания.

2. Проведенные во многих клиниках мира исследования свидетельствуют, что единственное радикальное лечение рака почки - радикальная нефрэктомия, что соответствует данным нашего анализа. В 56 случаях гистологически подтверждены злокачественные новообразования почек.

3. На втором месте по показаниям, стоят осложнения коралловидного нефролитиаза, а также острый гнойный пиелонефрит и аномалии развития почек.

4. Значительная частота нефрэктомий преобладает у больных в возрасте 47-50 лет.

5. Нефрэктомия проводилась преимущественно у женщин. Справа как у мужчин, так и у женщин операции выполнялись чаще.

6. Высокие цифры нефрэктомий обусловлены поздней обращаемостью за квалифицированной медицинской помощью.

7. Нефрэктомия является последней, крайней мерой излечения больного, когда другие методы себя исчерпали, т.е. операцией отчаяния.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОКСИНИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ И ЕЕ ПРОИЗВОДНЫХ

Авдеева Е.В.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Несмотря на многочисленные эксперименты и клинические исследования, фармакотерапия ишемической болезни сердца нуждается в изыскании и внедрении в практику новых препаратов (Л.Д.Лукьянова, 1999, А.П.Голиков и др., 2003). Важным резервом в этом плане могут служить синтетические антиоксиданты - производные оксиникотиновой кислоты обладающие мембраностабилизирующим, антиаритмическим, противогипоксическим, коронародилатирующим действием (В.В.Гацура, Л.Д.Смирнов, 1992, Е.В.Авдеева, Л.Н.Сернов, 2002, 2003).

Целью исследования явилось изучение противоишемической активности оксиникотиновой кислоты и ее новых производных (лабораторные шифры ХС-1, ХС-4 и ХС-9) синтезированных в ВНИЦ БАВ.

Опыты проведены на 50 нелинейных крысах-самцах массой 250-300 г, наркотизированных этиламиналом натрия (40 мг/кг внутривенно). Исследуемые соединения в дозе 1/10 LD50 и препарат сравнения - мексидол (30 мг/кг) вводили внутривенно, за 30 мин до эксперимента. У наркотизированных животных моделировали инфаркт миокарда путем перевязки нисходящей ветви левой коронарной артерии. Размеры зоны некроза и зоны ишемии миокарда определяли через 4 ч после окклюзии коронарной артерии дифференциальным индикаторным методом (Л.Н.Сернов, В.В.Гацура, 1989).

Было исследовано влияние веществ на размеры зоны ишемии и зоны некроза. Наиболее информативным показателем, в плане оценки антиангинальной активности соединений, является определение зоны некроза миокарда в % к зоне ишемии. Установлено, что профилактическое введение соединений ХС-1, ХС-4 и ХС-9 в дозе 1/10 LD50 уменьшает % зоны некроза миокарда к зоне ишемии с $66,8 \pm 1,4$ % в контроле до $36,2 \pm 2,4$ %, $36,8 \pm 2,3$ % и $37,5 \pm 1,9$ % соответственно. Результаты экспериментов с введением исследуемых соединений указывают на их выраженную противоишемическую активность, большую чем у препарата сравнения.

Полученные данные подтверждают перспективность дальнейшего углубленного изучения производных оксиникотиновой кислоты как потенциальных кардиофармакологических средств.

СИСТЕМНО - СИММЕТРИЙНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

Анисимова Г.А., Анисимова Н.В.

*Пензенский государственный педагогический университет им. В.Г.Белинского,
Пенза*

Методологическая проблема, связанная с определением способов и методов исследования здоровья индивида приобретает все большее значение. Степень сформированности биологического компонента здоровья обычно связывают с комплексным понятием физического развития. Признаки, его характеризующие, не следует сводить лишь к показателям массы, длины и формы тела. На смену традиционной антропометрии с ее половозрастными нормативными коридорами пришли разнообразные индексы: Кетле, Пинье, пропорциональности, гармоничности развития и др., объединяющие в единой формуле значения ряда морфо-функциональных параметров. Но даже в этом случае оценка конечного результата развития организма не обладает достаточной информативностью. Настала необходимость переориентации в познании индивидуального здоровья.

Эффективность адаптационного процесса во многом определяется устойчивым неравновесием, специфическим для всех живых систем. Поэтому, при выполнении диагностической, научно - исследовательской работы, необходимо оценивать не только уровень физической подготовленности и состояния здоровья индивида на данный момент, но и прогнозировать их на будущее, опираясь на выявленный резерв возможных адекватных реакций организма на определенные внешние воздействия. В случае отсутствия данного резерва, следует своевременно использовать комплекс профилактических и корригирующих мероприятий, способствующих формированию, сохранению и укреплению здоровья.

Определяя уровень физического развития и состояния здоровья учащихся с целью прогнозирования успешности адаптации к школьному режиму, разработали программу «MULTY-X», которая может работать в нескольких режимах.

Типы входных данных. В каждую ячейку пользователь вводит числовые значения (экспериментальные данные), с которыми производятся математические операции. Исключение - десятичная точка (запятая). Видимое на экране содержимое ячейки - результат вычислений, произведенных по имеющейся, но не видимой в ней формуле.

В режиме «**Признак золотого вурфа**» можно обработать следующие данные: **показатели сердечно-сосудистой системы:** а) систолическое давление, диастолическое давление, пульсовая разница; б) QT-QRS, RR-RQ, R-P; в) фаза механической систолы, фаза общей систолы, фаза электрической систолы; **показатели длиннотных размеров тела:** а) верхний отрезок, туловищный отрезок, нижний отрезок; б) длина бедра, длина голени, длина стопы; в) длина плеча, длина предплечья, длина кисти; **обхватные размеры:** а) плеча, предплечья, запястья; б) бедра, голени, лодыжки; **окружность груди:** а) вдох, пауза, выдох;