

на QT. Самые высокие показатели непредсказуемости у больных с синдромом мерцательной аритмии.

4. Коэффициент избыточности информации отражает меру воспроизводимости или репродуктивности паттерна QT. Самые низкие показатели репродуктивности у больных с синдромом мерцательной аритмии.

ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОБНАРУЖИВАЕМЫЕ ПРИ НАРУЖНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Меденцов А.А., Бабровская А.Ю.

*Волгоградский Государственный
Медицинский Университет,
Волгоград*

Злоупотребление наркотиками в Российской Федерации в последние годы приобрело масштабы государственной трагедии и представляет реальную угрозу нации и безопасности государства. Среди учреждений системы Здравоохранения посильную помощь в диагностике наркотического опьянения и в установлении причины смерти оказывают танатологическое, судебно-химическое, судебно-гистологическое отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы. Особое внимание необходимо обратить на содержимое карманов на наличие шприцев, игл, ампул, порошкообразных смесей или жидкостей в пузырьках различного объёма, а также на предметы, которые могут быть использованы наркоманом в виде жгута: галстук, ремень, полотенце. Свежие следы на одежде в виде пятен крови, наличие свежих вколов игл на коже конечностей свидетельствуют, что введение вещества было произведено незадолго до смерти.

Прежде всего обращает внимание возраст умерших. Это, как правило, молодые люди в возрасте 20-25 лет. У подавляющего большинства из них отмечается: дефицит массы тела, заметная атрофия мышц; выраженный отёк лица, синюшный оттенок кожных покровов лица; отёк клетчатки век глаз; кожные покровы обычно сухие, потерявшие тургор (при собирании в складку, кожа долго не расправляется); цвет кожных покровов: бледно-серый часто с желтоватым или землянистым оттенком; наличие угревой, гнойничковой сыпи, и пигментные пятна после сыпи на кожных покровах; волосы на голове редкие, ломкие.

У умерших вокруг носа и рта обнаруживается стойкая светло-серая или белесоватая мелкопузырчатая пена. Несмотря на молодой возраст умерших, обращает внимание плохое состояние зубов и слизистой полости рта: наличие дефектов эмали; кариозных полостей; явления стоматита в виде покраснения, отёка и набухания слизистой дёсен с выбухающими сосочками между зубами. Крайне редки случаи самопроизвольного акта дефекации и мочеиспускания.

При исследовании посмертных изменений обращает внимание: трупные пятна — обильные, разлитые, фиолетового или тёмно-фиолетового цвета, занимают свыше 50 % всей поверхности тела.

Характерными для лиц, употребляющих наркотические вещества являются: следы от жгута на ко-

нечностях; наличие точечных ранок (от единичных до многочисленных) в проекциях подкожных вен верхних и нижних конечностей. В основном это локтевые сгибы и предплечья, тыловые поверхности кистей рук. С целью сокрытия приверженности к наркомании уколы могут производиться в части тела, прикрытые одеждой (бедро, передняя поверхность живота, тыл стопы, меж пальцевые области).

У хронических наркоманов обнаруживаются так называемые «колодцы» - дефект кожных покровов, подкожной жировой клетчатки и мышц в проекции магистрального сосуда. Как правило, локализация таких повреждений переднебрюшная поверхность бедер верхней трети; наличие эрозии на слизистой носовых ходов, полости рта, подъязычной области; кожа в местах сгруппирования точечных ран «дорожек» - пигментирована, уплотнена, подкожные вены прощупываются в виде уплотнённых тяжей. При послойных разрезах в местах инъекций могут обнаруживаться кровоизлияния в подкожную клетчатку и стенку вены; подкожные вены в местах локализации «дорожек» уплотнены, плохо смещаются относительно окружающих тканей, на поперечных разрезах зияют, стенка их утолщена.

ЛЕГОЧНЫЙ КРОВОТОК И ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СПОНДИЛОАРТРИТА

Мингазетдинова Л.Н., Ахатова С.Р.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница,
Уфа.*

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) относится к воспалительным заболеваниям позвоночника с хроническим прогрессирующим течением; приводит к анкилозированию илеосакральных и межпозвоночных суставов. Наряду с поражением суставов характерны системные проявления, которые определяют прогноз заболевания и исход. Распространенность АС составляет от 0,1 до 1,4 % (Насонова В.А.), но истинная распространенность, вероятно, значительно выше, так как нет общепринятых диагностических критериев некоторых форм АС. Социальная значимость АС повышается в связи с поражением в молодом возрасте, до 20% всех случаев АС приходится на ювенильное начало болезни, т.е. возраст до 15-16 лет (Никишина И.П.), а пик заболеваемости 30-40 лет, где чаще болеют мужчины.

Клинически АС характеризуется поражением осевого скелета с ограничением подвижности, что снижает функцию органов, находящихся в каркасе позвоночника. К системным проявлениям АС относятся сердечно-сосудистая система с вовлечением аортальных клапанов, значительно реже почки, нервная система. Поражение легких встречается редко в виде фиброза апикального отдела и практически не изучалась степень нарушения функции дыхания (Насонов Е.Л.). В связи с этим целью настоящей работы явилось оценка показателей функции внешнего дыхания, степени изменения легочного кровотока у больных анкилозирующим спондилоартритом.

Материал и методы исследования.

Исследование проведено у 30 больных АС в возрасте от 22 до 60 лет (средний возраст $38,5 \pm 10,5$ лет). Длительность заболевания в среднем была $6,1 \pm 2,5$ года. Диагноз АС был установлен на основании клинических и рентгенологических данных, верифицирован Нью-Йоркскими критериями (1966г). Из исследования были исключены больные с сопутствующими заболеваниями органов дыхания. С ризомиелической формой было 19 пациентов, центральной-11. Внешнее дыхание изучалось в покое на спирографе SPIROST FI SP-5000 Fukuda DENSHI с автоматической обработкой параметров. Определялись жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), индекс Тиффно (соотношение ОФВ₁ / ЖЕЛ), исследование легочного кровотока проводилось с помощью сцинтиграфии легких Тс⁹⁹ макротех. Контрольную группу составили 10 человек.

Результаты исследования.

У больных АС выявлено ограничение экскурсии грудной клетки – разница окружности грудной клетки между максимальным вдохом и выдохом уменьшается до 1-2 см, частота дыхания в среднем составила $17 \pm 2,0$ в минуту. У части больных (33%) отмечалось участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры.

При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная взаимосвязь параметров внешнего дыхания и некоторых клинических и рентгенологических симптомов АС. Установлены достоверные положительные корреляции между степенью снижения ЖЕЛ и активностью процесса ($r=0,29$, $p < 0,05$). Рентгенологические проявления в виде оссификации передней продольной связки, наружных слоев межпозвонковых дисков, сформированных синдесмофитов, сужение суставной щели с последующим формированием анкилоза, также достоверно коррелировали со снижением легочного кровотока. Была установлена положительная корреляция между степенью уменьшения межпозвоночного пространства и отношением ОФВ₁/ЖЕЛ ($r=0,38$). Такой симптом как уменьшение высоты и склероз тел позвонков выявил положительные корреляции с уровнем ФЖЕЛ и ОФВ₁ ($r=0,4$ и $r=0,38$ соответственно). Итак, оссификация связочного аппарата грудного отдела позвоночника у наших больных достоверно коррелировала со средними значениями внешнего дыхания, ассоциировалось со снижением легочного кровотока больше в правом легком, где в верхней зоне было $8,1 \pm 2,5\%$, средней- $25,9 \pm 2,2\%$ и нижней $15,0 \pm 3,1\%$, несколько выше в левом легком. Вероятно, нарушение внешнего дыхания у рассматриваемого контингента больных, может быть, связан с механической компрессией легких, что ограничивает механику дыхания, а также может реализовываться за счет развития васкулита как реакции сосудов на активность процесса.

РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Морозов В.В., Любарский М.С., Коновалов М.Ю.

*ГУ Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии
СО РАМН, ГУ 333-й Военный госпиталь,
Новосибирск*

Введение. Эндогенная интоксикация (ЭИ), как наиболее яркое проявление острого панкреатита (ОП), продолжает привлекать пристальное внимание хирургов. ЭИ при ОП обусловлена поступлением во внутреннюю среду организма продуктов метаболизма, образующихся в поджелудочной железе в результате процессов воспаления и некробиоза. Очагом эндогенных токсичных продуктов является как сама железа, так и парапанкреатическая клетчатка с обильно развитой сетью лимфатических капилляров. Следовательно, поступление таких веществ во внутреннюю среду организма осуществляется как через кровь, так и лимфу. Учитывая, что результатами экспериментальных исследований (Бородин Ю.И. и соавт., 1995) было доказано поражение при этом самой лимфатической системы, превращающуюся в дополнительный источник эндогенной интоксикации, нами был принят поиск методов коррекции дренажной функции лимфатической системы и насыщения лимфатического русла медикаментами при ОП. С этой целью нами разработан и применен в клинике метод непрямой лимфотропной терапии – межкостистые инъекции при лечении пациентов с острым панкреатитом и синдромом эндогенной интоксикации.

Материалы и методы. Было выделено две клинические группы больных, сопоставимых по полу, возрасту, тяжести и этиологии ОП. Первая - основная ($n=12$) - с применением лимфотропных межкостистых инъекций, вторая - контрольная ($n=15$) - с традиционным лечением. В обеих группах проводилась традиционная базисная инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, антисекреторная терапия, ингибиторы протеаз, спазмолитики, новокаиновые блокады.

О тяжести ЭИ судили по клинической картине – состоянию кожных покровов, температуре тела, частоте пульса; лабораторным показателям – учитывали лейкоцитоз, выраженность нейтрофильного сдвига, лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу, уровень молекул средней массы; о состоянии органов детоксикации судили по уровню билирубина, кератинину, мочеvine.

В основной группе тяжелый и потенциально тяжелый (Толстой А.Д., 1999) панкреатит был диагностирован у 5, из них оперировано 2 больных с субтотальным некрозом поджелудочной железы и разлитым перитонитом. У 7 пациентов был острый отечный панкреатит. В этой группе больных с первых суток лечения добавлялась непрямая лимфотропная терапия межкостистым введением лекарственной смеси (лидаза - как препарат «проводник», анальгетик, панкреатотропные препараты).

Результаты. При проведении лечения было отмечено, что клинические признаки ЭИ купировались на 1-2 суток раньше (2 - 3-е сутки течения болезни) в