

Таблица 4

Объём и длительность лимфореи в зависимости от вида неоадьювантной терапии у больных РМЖ после РМЭ по Маддену

Вид неоадьювантной терапии		Количество лимфы (в мл)	Длительность лимфореи (в днях)
Предоперационная дистанционная гамма-терапия	Классическое фракционирование	1940	20
	Крупное фракционирование	2176	22
Неоадьювантная химиотерапия	2 курса	1704	19
	4 курса	1830	22

Наибольшее количество и продолжительность лимфореи выявлена при использовании неоадьювантной дистанционной гамма-терапии, особенно в режиме крупного фракционирования дозы. Так, средний объём и продолжительность лимфореи в случаях классического и крупного фракционирования дозы соответственно составили: 1940 мл и 20 дней и 2176 мл и 22 дня.

Неоадьювантная химиотерапия также увеличивает средний объём лимфы и продолжительность лимфореи, причём эти показатели зависят от количества применяемых курсов (1704 мл и 19 дней при 2-х курсах и 1830 мл и 22 дня при 4-х курсах).

Таким образом, как показали результаты проведённых исследований, лимфорея является многофакторным процессом. Основными прогностическими факторами, влияющими на объём и продолжительность постмактэктомической лимфореи, являются конституциональные особенности больных (возраст 51-70 лет, избыточный вес), объём оперативного вмешательства (радикальная мастэктомия по Пейти-Диссону), характер неоадьювантного лечения (предоперационная дистанционная гамма-терапия, особенно в режиме крупного фракционирования дозы).

Перечисленные факторы увеличивают объём лимфореи, её продолжительность и должны учитываться при профилактике ранних и поздних постмактэктомических осложнений.

ДИАГНОСТИКА РИСК-РЕФЛЕКСИИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

А.Д. Доника, М.В. Еремина,

А.А. Марченко

Волгоградский государственный

медицинский университет

Волгоград, Россия

В современных условиях возрастающей частоты чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера практическое значение приобретает оценка готовности профессионалов к деятельности в экстремальных ситуациях. Согласно современным взглядам, реализация профессиональных функций в условиях мультипараметрического воздействия стрессогенных факторов экстремальных ситуаций во многом обусловлена индивидуально-типологическими свойствами индивида.

В частности, риск-рефлексия отражает различную ориентацию сознания субъекта: «риск-неориентированные» характеризуются детерминирующим подавлением фактора случайности и ориентированы на заданность поведения, в то время как «риск-ориентированные» субъекты отличаются высокой степенью ориентации на неожиданность и непредвиденность обстоятельств в ходе конкретной деятельности (Андрянова Е.А., 2005). В этой связи мы провели исследование психологической готовности к риску на модели врачей разного профиля (хирургов, терапевтов и врачей нелечебного профиля), взятых в паритетных соотношениях, по методике Шуберта.

Согласно полученным результатам, в модельной группе *терапевтов* чаще регистрируются показатели рассматриваемого

качества градации «ниже среднего» и «низкая» (42,8% и 7,1%; $p<0,05$ между другими градациями, выявленными в этой группе). В группе врачей нелечебного профиля врачи примерно равномерно распределены по группам с градациями «ниже среднего», «средняя», «выше среднего» (27,1%, 36,8%, 22,5%; $p>0,05$).

В модельной группе хирургов большинство обладает средней степенью готовности к риску (66,7%), при этом среди хирургов таких лиц больше, чем в других группах ($p<0,05$). Обращает внимание, что среди хирургов не выявлено лиц с низкой готовностью к риску, а лиц с показателем градации «ниже среднего» меньше, чем в других группах (5,6%; $p<0,05$). В то же время среди хирургов больше лиц с рассматриваемым показателем градаций «выше среднего» и «высокая» (27,9%; $p<0,05$). Выявленные особенности позволяют сделать вывод, что у хирургов риск-рефлексия выражена сильнее, чем у терапевтов (по большинству показателей $p<0,05$), а также врачей нелечебного профиля (по ряду показателей $p<0,05$).

Полученные данные демонстрируют закономерную зависимость риск-ориентации от степени сопряженного с профессиональной деятельностью физического и нервно-эмоционального напряжения, что позволяет рекомендовать рассматриваемую методику для оценки готовности профессионалов к деятельности в экстремальных ситуациях.

К ЛЕЧЕНИЮ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ

И.Г. Еременко, Н.Н. Раткина,
Н.И. Шумейко
*ГОУДПО НГИУВ Росздрава
Новокузнецк, Россия*

Актуальность

По распространённости среди населения миопия занимает в РФ второе место среди болезней глаз, имеющих наибольшее медико-социальное значение, что определяется высокой частотой в популяции и склонностью к развитию осложнений (Южаков А.М. и др., 2000; Тарутта Е.П., 2005). Заболеваемость детей и подростков

миопией за последние 10 лет выросла в 1,5 раза. Среди выпускников школ частота миопии достигает 20-26%, из них миопия высокой степени – 6,8 % (Тарутта Е.П., 2004).

Цель

Обосновать необходимость лечебного воздействия на шейный отдел позвоночника (ШОП) у детей с прогрессирующей миопией; показать целесообразность применения тропикамида у этих больных.

Материалы и методы

Обследовано 46 детей (92 глаза) с прогрессирующей миопией: 27 девочек и 9 мальчиков в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст $12,3 \pm 0,4$). У 30 детей (65,2%) близорукость была слабой степени (в среднем $1,7 \pm 0,32$ D), у 11 (23,9%) – средней ($4,7 \pm 0,2$ D), у 5 – высокой ($8,5 \pm 0,7$ D). Дети наблюдались в отделении глазного диспансера на протяжении 3-5 лет. Критерий включения – отсутствие стабилизации прогрессирования миопии от стандартной терапии. В схему обследования входили ЭЭГ, РЭГ в полушарных и затылочных отведениях, рентгенография ШОП с функциональными пробами, консультация невролога. Проводимое лечение состояло, помимо очковой коррекции, из комплекса упражнений и аппаратного воздействия на функцию аккомодации, медикаментозной питающей и сосудистой терапии, лазерстимуляции сетчатки, а также мероприятий, направленных на улучшение гемодинамики в вертебро-базилярном бассейне (ВББ): массаж шейно-воротниковой зоны, электрофорез с эуфиллином и озокерит на ШОП, мануальная и рефлексотерапия. В случаях, когда степень миопии после циклоплегии была меньше, чем на узкий зрачок (в 58 % наблюдений), обязательно назначали тропикамид 0,5 % на ночь на 2 недели. Полученные результаты сравнивались с итогами лечения этих же детей в предыдущие годы, но без воздействия на ШОП.

Результаты

У всех детей определялось сужение ретинальных артерий. РЭГ в 94,7 % случаев выявила затруднение венозного оттока как в бассейне каротид, так и в бассейне позвоночных артерий (ПА). У 52,6 % больных имелась гипертензивная ангиопа-