тию анальной инконтиненции у пациентов после низведения сигмовидной кишки, тем самым улучшались функциональные результаты лечения данной категории больных.

За период с 2000 по 2004 г.в торако - абдоминальном отделении Ростовского научно - исследовательского института прооперировано 490 больных раком прямой кишки; при этом у 300 больных(61,2%%)- выполнены радикальные оперативные вмешательства. Была разработана модификация брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной, позволяющая улучшить непосредственные функциональные результаты данной операции. По разработанной методике прооперировано 17 человек; послеоперационная летальность составила 5,9%.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТУГРЕВЫХ РУБЦОВ

Кусая Н.В., Маслова Е.В.,
Метляева Н.Б., Юцковская Я.А.
МУПВ "Врачебная косметологическая лечебница", Владивосток

Угревая болезнь – тяжелое заболевание сальных желез, поражающее до 85% подростков, с той или иной степенью выраженности. Нередко, даже после лечения, пациенты не чувствуют себя полностью выздоровевшими, в связи с образованием постугревых рубцов.

Группу исследования составили 20 пациентов в возрасте от 17 до 25 лет. Все пациенты получали лечение изотретиноином (Роаккутан, Хоффман Ля Рош), в курсовой дозе 120 мг на кг массы тела. На момент обследования активных проявлений акне ни у кого не выявлено. Основными жалобами явились: наличие атрофических рубцов в виде "лунок" на коже лица и спины у 16 (80%) и атрофических рубцов на лице и гипертрофических на спине и груди у 4 (20%) обследуемых.

Всем пациентам проводилась микрокристаллическая дермабразия (аппарат "Mattioli", Италия), на курс 5 процедур, с интервалом 7 дней. Далее однократно выполнялся химический 15% трихлоруксусный пилинг (EASY TCA, SKIN TECH, Испания) до появления "компактного фроста", с постпилинговым уходом той же марки.

У всех пациентов отмечен положительный результат. Отличный результат, практически полное выравнивание рельефа кожи, наблюдался у 12 (60%); положительный результат, в виде уплощения краев рубцов, отмечен у 6 (30%); удовлетворительный результат, в виде незначительного сглаживания рубцов и рельефа кожи, выявлен у 2 (10%) пациентов с атрофическими и гипертрофическими рубцами. Пациентам с удовлетворительным результатом рекомендован повторный курс через 3-4 месяца.

Таким образом, можно сделать вывод о целесообразности использования комбинации данных методик как эффективных и малоинвазивных для улучшения рельефа кожи и сглаживания рубцов.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 15-25 января 2006г.Паттайа (Тайланд). Поступила в редакцию 07.12.2005г.

ОСОБЕННОСТИ КРАТКОСРОЧНОЙ И ДОЛГОСРОЧНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭНДУРАЦИНОМ У БОЛЬНЫХ ИБС С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Маль Г.С., Морозюк Е.В.,
Алыменко М.А., Лисицын В.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей липопротеидного спектра сыворотки крови при применении 8 и 24 недельной фармакокоррекции эндурацином у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС).

В исследование было включено 102 мужчины в возрасте от 41 до 59 лет (52,2±6,8) с ИБС и первичной ГХС или ГТГ.

В настоящей работе использовались следующие методы исследования:

Клинические: стандартный опрос по опроснику ROSE, измерение АД, исследование антропометрических данных, оценка наличия факторов риска.

Биохимические: определение ХС, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП), ТГ и апопротеинов.

Функциональные: регистрация ЭКГ («FUKUDA», Япония), ВЭМ (Siemens, Германия).

Статистические: статистический пакет «Статистика».

Анализ изменений липидного спектра сыворотки крови в группе больных с изолированной ГХС под влиянием 8-недельной фармакотерапии эндурацином выявил достоверное снижение уровня ХС на 16,3% ($p<0,05$), что было реализовано в основном за счет снижения уровня атерогенного ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) на 23,2% ($p<0,05$), при этом наблюдалось достоверное повышение уровня антиатерогенного ХС ЛВП на 23,4% ($p<0,05$), уровень ТГ под влиянием эндурацина снизился на 25,2% ($p<0,05$).

При сочетанной ГХС в результате 8-недельной фармакотерапии эндурацином произошло достоверное снижение уровня ХС на 15,1% ($p<0,05$), ХС ЛНП на 20,7% ($p<0,05$), ТГ – на 27,1% ($p<0,05$), наряду с повышением уровня ХС ЛВП на 25,7% ($p<0,05$).

Так, при изолированной ГХС фармакотерапия эндурацином в течении 24 недель способствовала снижению уровня ХС на 24,1 % ($p<0,05$), ТГ на 26,1 % ($p<0,05$), ХС ЛНП – на 28,4 % ($p<0,05$), в сочетании с повышением ХС ЛВП на 26,4 % ($p<0,05$), указанные сдвиги липид-транспортной системы оказались сопоставимы с таковыми при 24- недельной коррекции эндурацином у больных ИБС с сочетанной ГХС.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достаточно выраженной эффективности эндурацина у больных ИБС с различными типами гиперлипидемий при 8 и 24-недельной фармакокоррекции, как изолированной, так и сочетанной ГХС, что диктует целесообразность использования данной

группы гиполипидемических препаратов в медицинской практике.

Работа представлена на VI научную конференцию «Успехи современного естествознания», 27-29 сентября 2005г. ОК "Дагомыс" (Сочи). Поступила в редакцию 08.12.2005г.

КОРРЕЛЯЦИИ ВЕЛИЧИНЫ, ФОРМЫ И РАЗМЕЩЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО УЗЛА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Сударикова Т.В., Урываев М.Ю.,
Цыбулькин А.Г., Горская Т.В., Труфанов И.Н.
Московский Государственный Медико-Стоматологический университет, Москва

Принимая во внимание большое практическое значение вопроса, вынесенного в заголовок статьи, мы изучили параметры тройничного узла на 120 трупах людей (240 узлов) обоего пола в возрасте от 29 до 69 лет методом тонкого анатомического препарирования.

Проведенные на препаратах измерения и статистическая обработка полученных данных позволяют сделать следующие заключения.

Многообразие форм тройничного узла составляет вариационный ряд. Одну из крайних форм в этом ряду представляют препараты, на которых полюса узла сближены, так что дуга составляет не меньше ¾ окружности (7 объектов или 2,9% наблюдений). Другая крайняя форма тройничного узла имеет место на 5 наших препаратах (2,1% наблюдений): передний край узла демонстрирует «обратную» дугу, вогнутую кпереди. Переходными формами характеризуются 179 препаратов (74,6% наблюдений), на которых узел отличается типичной полулунной формой, и 49 препаратов (20,4% наблюдений) где передний край узла приближается к прямой линии.

Расстояние между наиболее удаленными точками узла статистически достоверно имеет наименьшее значение при первой крайней форме и наибольшее – при второй. Поперечный размер узла характеризуется обратным отношением.

Сопоставление величины и формы узла с формой черепа позволило выявить выраженную корреляцию: мелкие узлы с большой кривизной дуги характерны для долихоцефалических и долихобазиллярных черепов, а крупные «развернутые» узлы – для брахицефалических и брахибазиллярных черепов.

Расстояние между точкой пересечения тройничным нервом верхнего края пирамиды височной кости и серединой вертикального размера тройничного узла колеблется от 9 до 15 мм (в среднем 12,1 ± 0,22). Расстояние от тройничного узла до овального отверстия составляет от 0 до 11 мм (6,31 ± 0,12), а до верхней глазничной щели – от 11 до 17 мм (14,22 ± 0,17). Соотношение этих размеров показывает, что по отношению к верхней глазничной щели тройничный узел занимает переднее, положение при длине глазного нерва менее 15 мм (21% наблюдений), среднее положение с длиной глазного нерва в пределах 15 – 21 мм (54% наблюдений) и заднее положение узла с длиной глазного нерва более 21 мм (25% наблюдений). Соответственно, по отношению к овальному отверстию можно различать верхнее положение тройничного узла, при котором расстояние от узла до отверстия более 8 мм (19% препаратов) среднее положение с расстоянием в пределах 4 – 8 мм (58% препаратов) и нижнее положение узла с расстоянием до овального отверстия менее 4 мм (25% наблюдений). Как правило, наблюдается смещение тройничного узла одновременно вперед и вниз, или вверх и назад, причем переднее и нижнее положение узла чаще соответствует широкой и короткой форме средней черепной ямы и брахицефалическому типу черепа, а заднее и верхнее – длинной и узкой ямке и долихоцефалическому типу черепа. Так, размещение тройничного узла в типичном передненижнем положении, зарегистрированное на 57 объектах, в 49 случаях имеет место на препаратах с брахицефалической формой головы, тогда как типичное задневерхнее положение, отмеченное в 19 случаях, соответствует долихоцефалической форме головы в 16 случаях.

Несколько большее соответствие выявляется при сопоставлении положения тройничного узла с формой предаурикулярной части основания черепа. Из указанных выше 57 узлов с передненижним положением 52 принадлежат трупам с брахибазиллярной формой головы, а из 19 узлов, занимающих выраженное задневерхнее положение, 17 принадлежат трупам с долихобазиллярной формой головы.

Ветви тройничного нерва у разных людей расходятся под разными углами: угол между первой и второй ветвями тройничного нерва варьирует на наших препаратах от 23 до 58˚, чаще всего составляет 35 - 45˚, а между второй и третьей ветвями от 47 до 118˚, более, чем на половине объектов - 75 - 90˚. Величины углов находятся в выраженной корреляции с величиной и положением тройничного узла: при его малой величине, форме, приближающейся к кругу, и задневерхнем положении оба угла характеризуются малой величиной, а при другой его крайней форме – наибольшими значениями.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 15-25 января 2006г. Паттайа (Тайланд). Поступила в редакцию 19.12.2005г.

ПАТОМОРФОГЕНЕЗ ЛЕПРЫ С СОВРЕМЕННЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ

Туманов В.П., Журавлева Г.Ф.
НИИ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва
КаспНИРХ, Астрахань

Лепра - хроническое инфекционное гранулематозное заболевание. Лепроматозная гранулема состоит из специфических лепрозных клеток – вакуолизированных макрофагов, заполненных большим количеством микробактерий лепры, липидов и ферментов, а также плазмоцитов, лимфоцитов, фибробластов. В иммунокомпетентных клетках при лепроматозной проказе идет беспрепятственное внутриклеточное