

пользоваться им в будущем собралось 18 респондентов. А ведь православная церковь приравнивает ЭКО к аборт, и буддизм расценивает оплодотворение в пробирке как тяжкий грех, т.к. он приводит к нарушению кармы.

Относительно знаний в области контрацепции большинство респондентов (47,5%) сообщили, что имеют поверхностные представления о ней, на хорошие знания указали 35,5%, на практическое их отсутствие – 14% респондентов. Только 55% респондентов, вступавших в сексуальные контакты, пользуется методами контрацепции всегда, 22% – не использует их никогда, а 16,5% – применяет от случая к случаю. При этом более 90% опрошенных используют презервативы, 22% – прерванное половое сношение и только 2 человека – гормональные средства контрацепции.

На момент опроса детей имели два респондента и двое готовились стать родителями. В целом репродуктивные установки студентов таковы, что все они в будущем хотят иметь детей: 52,5% – двоих, 24% – троих, 12% – одного и 12% более трех детей.

Согласно данным проведенного опроса 28% респондентов вообще не слышали о существовании структур, занимающихся репродуктивным здоровьем молодежи, таких как Центры планирования семьи и клиники, дружественные к молодежи, а 63% хоть и слышали, но никогда туда не обращались.

Таким образом, можно сделать выводы, что состояние репродуктивного здоровья студенческой молодежи значительно лучше, чем молодежи в целом и особенно представителей той ее части, которая обучается в ССУЗах [1]. У студентов «отложен» половой дебют, либо он совершается в более позднем возрасте, меньше проблем с репродуктивным здоровьем, особенно связанных с ИППП, они практически не прибегают к аборт. К биомедицинским этическим проблемам в восприятии студентов в основном относится только аборт, и со своей религиозной самоидентификацией репродуктивные технологии респондентам не дают соотнести недостаток знаний в этой области. Репродуктивные установки, т.е. желаемое количество будущих детей, в среднем дают показатель 2,47, которые не обязательно будут реализованы. Это показывает, что опрашиваемая группа лиц не улучшит демографическую ситуацию в стране, а при хорошем раскладе обеспечит только простое воспроизводство населения.

Литература

1. Попова Р.Э., Эрдынеева К.Г. Двигательная активность и репродуктивное здоровье // Состояние здоровья: медицинские и психолого-педагогические аспекты: материалы I Междунар. науч.-практ. конф.: в 2 ч. – Чита: ЧитГУ, 2009. – Ч. I. – С. 82-85.
2. Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность: сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. – Пенза: РИО ПГСХА, 2005. – 268 с.
3. Рандалов Ю.Б., Чукаев П.А., Хараев Б.В. Социально-демографическая структура и проблемы повышения рождаемости в Республике Бурятия. – Улан-Удэ: Изд-во БНЦ СО РАН, 2009. – 132 с.

Шурыгина Юлия Юрьевна – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры «Социальные технологии», Восточно-Сибирский государственный технологический университет. 670042, г. Улан-Удэ, п/о 42, а/я 6415, тел.: (факс): 8(301-2)45-94-26, e-mail: juliaju@mail.ru

Shurygina Yuliya Yurievna – dr of medical sci., lecturer, professor of department of social technologies, East-Siberian State Technological University. 670042, Ulan-Ude, p.o. 42, PO Box 6415, ph./fax 8 (301-2) 45-94-26, e-mail: juliaju@mail.ru

УДК 616.37-002

**А.И. Петрунов, В.Е. Хитрихеев,
Н.Б. Горбачев, Э.З. Гомбожапов, Ж.Б. Очиров**

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Проведен анализ результатов лечения 1467 больных острым панкреатитом. На фоне проведения комплексной интенсивной консервативной терапии 139 (9,4%) больным выполнены различные оперативные вмешательства. Проведены исследования по применению цитофлавина, обладающего антиоксидантной, антигипоксической активностью и цитопротекторным действием, в комплексной терапии деструктивного панкреатита в качестве корректора метаболических нарушений.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, цитофлавин.

A.I. Petrunov, V.E. Khitrikheev, N.B. Gorbachev,
E.Z. Gombozhapov, Zh.B. Ochirov

COMPLEX TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

The analysis of the results of treatment of patients with acute pancreatitis has been carried out. On the background of doing the complex intensive conservative therapy to 139 patients, the surgical operations were done. The research on use of cytoflavin has been carried out. Cytoflavin, which has antioxidative, antihypoxic activity and cytoprotective action in the complex therapy of destructive pancreatitis was used as a correction of metabolic infringements.

Key words: *destructive pancreatitis, cytoflavin.*

Введение

В последние годы заболеваемость острым панкреатитом неуклонно растет [2-4]. Наблюдаемые при данном заболевании трудности в диагностике, тяжесть клинического течения, сложности реабилитационного периода выдвигают в ряд наиболее сложных проблем современной абдоминальной хирургии [7-8]. В последние десятилетия были достигнуты определенные успехи в своевременной диагностике и лечении, однако сохраняется высокая летальность, составляющая в среднем от 15-20% и достигающая при деструктивных формах панкреатита 30-40% [5, 9-10]. Вопрос о выборе тактики лечения, оптимальных вариантов хирургических вмешательств при деструктивном панкреатите окончательно не решен. Принципы хирургического лечения больных панкреонекрозом основываются на дифференцированном подходе к выбору оперативных вмешательств в зависимости от фазы развития заболевания, клинкоморфологической его формы, степени тяжести состояния больного и сроков заболевания [1].

Острый панкреатит относится к заболеваниям, при котором в полном объеме действует правило «золотого часа». Именно в первые часы от начала заболевания во многом определяется величина структурно-функционального ущерба и возможность его компенсации, запускаются различные механизмы, которые затем в различные сроки реализуются на клиническом уровне в виде тяжелых, чаще всего гнойно-септических осложнений [6].

Решение проблемы лечения больных острым панкреатитом предполагает существенное снижение частоты тяжелых инфекционно-септических осложнений, уменьшение летальности, продолжительности и стоимости лечения, повышение качества жизни пролеченных пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

В хирургическом отделении ГК БСМП им. В.В. Ангапова с 2007 по 2009 г. находилось на лечении 1467 больных острым панкреатитом, подтвержденным клинко-лабораторными, инструментальными, интраоперационными диагностическими исследованиями. По годам больные распределились следующим образом: в 2007 г. было пролечено 266 больных, 2008 г. – 290, 2009 г. – 292 больных, из них мужчин – 861, женщин – 606, возраст варьировал от 20 до 75 лет, средний возраст составил $48,6 \pm 4,5$ лет. Интенсивная консервативная терапия острого панкреатита включала в себя интенсивную терапию, направленную на восстановление объема циркулирующей крови, регидратацию, гемокоррекцию; блокаду секреторной функции поджелудочной железы; ингибирование биологически активных веществ; антибактериальную профилактику и терапию; спазмолитическую, антикоагулянтную, превентивную противоязвенную и обезболивающую терапию; адекватную нутритивную поддержку; коррекцию метаболических нарушений. Несмотря на проведение комплексной интенсивной консервативной терапии 139 (9,4%), больным потребовалось выполнение хирургических вмешательств. Были выполнены следующие оперативные вмешательства (табл. 1). Послеоперационная летальность составила 13,2%.

Нами после проведения ряда исследований для коррекции метаболических нарушений при деструктивных формах панкреатита в комплексную интенсивную терапию включен «Цитофлавин®» – комплексный лекарственный препарат, фармакологические свойства и лечебная эффективность которого обусловлены взаимопотенцирующим действием янтарной кислоты, рибоксина, рибофлавина и никотинамида.

Таблица 1

Оперативные вмешательства, выполненные при деструктивном панкреатите

Вид оперативных вмешательств	Количество, абс. (%)
Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости	61 (42,7)
Лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости	25 (17,5)
Лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, дополненная: – холецистостомой	35 (24,4)
– дренированием холедоха по Керу	2 (1,4)
– дренированием холедоха по Вишневскому	6 (4,2)
– холецистэктомией, дренированием холедоха по	4 (2,8)
Пиковскому - наложением холедоходуоденоанастомоза	1 (0,7)
- рассечением капсулы	1 (0,7)
Лапаротомия, некрсеквестрэктомия	4 (2,8)
Диагностическая лапаротомия	4 (2,8)

Проведенные нами исследования показали, что наиболее полно антигипоксикантные эффекты цитофлавина отразились на показателях кислородного баланса организма и проявлялись на тканевом уровне, что подтверждалось ростом таких показателей, как потребление кислорода, коэффициент его использования и утилизации, артериовенозная разница по кислороду, а также более выраженное снижение уровня лактата и пирувата. Начиная со 2 суток были отмечены положительные сдвиги в показателях респираторного, объемного компонентов, что нельзя связать с непосредственными фармакологическими эффектами на систему дыхания и кровообращения. На наш взгляд, коррекция звеньев транспорта кислорода достигалась за счет стабилизации энергетического статуса, где механизм действия препарата заключается в энергосубстратном эффекте в период тотального энергодефицита.

Применение комплексного антигипоксиканта «Цитофлавин®» при деструктивном панкреатите приводит к снижению глубины тканевой гипоксии вследствие нормализации процессов утилизации кислорода тканями, уже пережившими гипоксию, восстановлению систем антиоксидантной и антиперекисной защиты, снижению активности процессов перекисного окисления, уровня эндотоксемии как в плазменном, так и в эритроцитарном секторе, более быстрому восстановлению функциональной активности органов детоксикации: печени, почек и легких. Благодаря наличию антигипоксикантных и антиоксидантных свойств использование препарата позволяет нарушить цепь патологических событий, связанных с гипоксией тканей, которая приводит к усугублению нарушений тканевого метаболизма.

Заключение

Применение своевременной комплексной консервативной терапии позволяет улучшить результаты лечения острого панкреатита. При выявлении панкреатогенного ферментативного перитонита при деструктивном панкреатите методом выбора должна быть лечебно-диагностическая лапароскопия, которая в сочетании с консервативной терапией приводит к abortивному течению заболевания. Использование в качестве корректора метаболических нарушений цитофлавина, обладающего помимо антиоксидантной антигипоксической активностью и цитопротекторным действием, целесообразно в комплексной терапии деструктивного панкреатита.

Литература

1. Агаев Б.А., З.Е. Джафарли Комплексное лечение острого панкреатита // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 4. – С. 63-66.
2. Винокуров М.М., Савельев В.В., Амосов В.Г. Хирургические вмешательства при инфицированных формах панкреонекроза // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 11. – С. 23-26.
3. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Т. 12, №2. – С. 46-51.
4. Бурневич С.З. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Т. 12, №2. – С. 10-14.
5. Савельев В.С. и др. Комплексное лечение панкреонекроза // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – № 2. – С. 61-67.
6. Красильников Д.М., Абдулянов А.В., Бородин М.А. Хирургическая тактика у больных с деструктивными панкреатитами // Практическая медицина. – 2008. – № 5 (29). – С. 3-6.
7. Багненко С.Ф. и др. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11, №1. – С. 60-66.
8. Чадаев А.П. и др. Хирургическое лечение панкреонекроза // Рос. мед. журн. – 2002. – № 1. – С. 21-24.
9. Connor S., Raraty M.G., N. Howes Surgery in the treatment of acute pancreatitis – minimal access pancreatic necrosectomy // Scand. J. Surj. – 2005. – №94 (2). – P.135-142.
10. Pitchumoni C.S., Patel N.M., Shah P. Factors influencing mortality in acute pancreatitis: can we alter them? // J. Clin. Gastroenterol. – 2005. – №39. – С. 798-814.

Петрунов Андрей Иннокентьевич – аспирант кафедры госпитальной хирургии, ординатор хирургического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. 670042, Улан-Удэ, пр. Строителей, 1, тел. 55-62-78.

Хитрихеев Владимир Евгеньевич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета. 670023, Улан-Удэ, Октябрьская, 36, тел. 55-62-43, e-mail: hitriheev@rambler.ru

Горбачев Николай Борисович – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. 670042, Улан-Удэ, пр. Строителей, д. 1, тел. 55-62-78.

Гомбожапов Энхэ Зыгбоевич – заместитель главного врача по хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. 670042, Улан-Удэ, пр. Строителей, 1, тел. 55-62-24.

Очиров Жаргал Байрович – старший ординатор хирургического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. 670042, Улан-Удэ, пр. Строителей, 1, тел. 55-62-78.

Petrunov Andrey Innokentiyevich – post-graduate student of department of hospital surgery, intern of surgery department of V.V. Angapov Municipal clinical hospital of first aid. 670042, Ulan-Ude, Pr. Stroiteley, 1, ph. 55-62-78.

Khitrkheev Vladimir Evgenievich – dr of medical sciences, professor, head of department of hospital surgery of Buryat State University. 670000, Smolin str., 24a, ph. 89025639936, e-mail: hitriheev@rambler.ru.

Gorbachev Nikolay Borisovich – candidate of medical science, head of surgery department of V.V. Angapov Municipal clinical hospital of first aid. 670042, Ulan-Ude, Pr. Stroiteley, 1, ph. 55-62-78.

Gombozhapov Enkhe Zygboevich – deputy head physician on surgery of V.V. Angapov Municipal clinical hospital of first aid named. 670042, Ulan-Ude, Pr. Stroiteley, 1, ph. 55-62-78.

Ochirov Zhargal Bairovich – senior intern of surgery department of V.V. Angapov Municipal clinical hospital of first aid named. 670042, Ulan-Ude, Pr. Stroiteley, 1, ph. 55-62-78.

УДК 616.718:616 – 001.5

**А.В. Янкин, Г.А. Краснояров,
П.С. Маркевич, С.М. Гажеева**

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
НАГРУЗОЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Статья посвящена ранней диагностике нагрузочных переломов костей нижних конечностей у пациентов с врожденной дисплазией соединительной ткани.

Ключевые слова: ортопедия, нагрузочный перелом, дисплазия соединительной ткани, опорно-двигательный аппарат, гипермобильный синдром, ранняя диагностика.