

3. Кулаков В.И., Богданова Е.А. Руководство по гинекологии детей и подростков. Москва. 2005. С. 42-54.

4. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. 2009. 351 с.

5. Сидельникова В.М., Шмаков Р.Г. Механизмы адаптации и дизадаптации гемостаза при беременности. Москва. 2004. 192 с.

6. Течение и исходы беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / А.В. Клеменов [и др.] // Русский мед. журнал. - 2003. - Т.11. N28. - С. 1565-1567.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ И ЭКОЛОГИИ НА БРОНХО-ЛЁГочную ПАТОЛОГИЮ У ДЕТЕЙ

Молчанова Е.С., Ключ И.Е., Никитина Л.В.

*Курский государственный
медицинский университет
Курск, Россия*

Чаще всего предрасполагает к заболеваниям дыхательной системы неблагоприятные условия окружающей среды, плохие бытовые условия, недостаточное пользование свежим воздухом и т.д.

Основными задачами нашего исследования были: выявить связь бронхолёгочной патологии у детей с экологическими факторами и определить наследственную предрасположенность. В ходе работы были проанализированы данные 84 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Средний возраст исследуемых - $8,05 \pm 0,02$. По возрасту дети с заболеваниями дыхательных путей распределились следующим образом: дети до 3-х лет - 38 человек (45,2%), 3-7 лет - 14 (16,7%), 7-17 лет - 32 (38,1%). Бронхиты были у 56 человек (66,7%), пневмонии - 28 (33,3%). Наследственная отягощённость в семье определялась у 36 человек (42,9%). Место жительства: город - 64 (76,2%), село - 20 (23,8%). Учитывался возраст матери. В нашем исследовании мы распределили матерей по следующим возрастным группам: 18-20 лет - 29 чел. (34,5%), 20-25 - 25 (29,8%), 26-30 - 19 (22,6%), старше 30 лет - 11 (13,1%).

Учитывался антенатальный период: от какой по счёту беременности ребёнок, её течение. Мы получили следующие результаты. От первой беременности из 84 человек было 42 (50%) обследуемых, второй - 21 (25%), третьей - 21 (25%). 32 беременности протекали без осложнений (38%). В остальных случаях были токсикозы 1 и 2 триместра, ВУИ, фетоплацентарная недостаточность, обвитие пуповиной

52 (62%). По данным анкетирования выявлено, что 60% детей проживают в домах, окна которых выходят на проезжую часть, 40% родителей отмечают соседство с крупными производствами (заводы, фабрики). Вредная привычка курение было отмечено в 40 % случаев у одного родителя и в 15% у обоих.

Таким образом, в формировании патологии бронхолёгочной системы у детей вносят вклад следующие факторы: возраст матери старше 30 лет на момент рождения ребёнка (такие дети чаще страдали рецидивирующими обструктивными бронхитами), осложнённое течение беременности, пассивное курение детей. Влияние наследственной отягощённости чётко прослеживается при хронических и обструктивных заболеваниях.

СИМПТОМ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ И ЕГО ВАРИАНТЫ

Оленко Е.С., Папшицкая Н.Ю.,

Колопкова Т.А., Пономарева О.А., Курако М.М.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ

им. В.И. Разумовского Росздрава»

Саратов, Россия

Симптом раздражения брюшины, называемый симптомом Щёткина-Блюмберга, заключается в осторожном, но по-возможности глубоком надавливании на болезненную зону живота, и затем резком отдергивании руки. Эластичная брюшная стенка быстро возвращается назад в исходное положение, что вызывает резкое напряжение воспалённой брюшины и сильную локальную боль. Этот симптом очень болезненный и его нет необходимости проверять у пациентов с уже имеющимся локальным защитным напряжением мышц. Менее болезненным альтернативным исследованием является лёгкая непрямая перкуссия над болевой зоной.

Данный симптом описан немецким хирургом М. Blumberg в 1907 году. Однако, русский акушер Д. С. Щёткин еще в конце 80-х годов XIX века использовал этот приём в своей клинической практике, официальное сообщение о котором он сделал в 1908 году.

Щадящим вариантом симптома Щёткина-Блюмберга является симптом отдалённой рикошетной боли, суть которого в том, что врач нажимает на брюшную стенку, а затем отпускает ее в квадранте, противоположном тому, где больной ощущает боль. Симптом считается положительным, если боль возникает там, где пациент ощущал ее изначально. Напротив, симптом считается отрицательным, если боль появилась в области пальпации. От-

рицательный результат исследования, однако, не исключает диагноза перитонита.

При определении симптома Щёткина-Блюмберга иногда пациент преувеличивает интенсивность и выраженность болевого синдрома. В этих случаях с целью введения пациента в заблуждение и отвлечения его внимания используют симптом стетоскопа, сегодня редко применяемый. Техника его проведения состоит в повторной пальпации живота: вначале руками, затем стетоскопом. Во втором случае пациента необходимо предупредить заранее, что врач будет только «выслушивать» живот. Это должно ввести в заблуждение пациента, который симулирует боль или преувеличивает ее интенсивность. В этом случае больной позволяет врачу глубоко надавить на брюшную стенку, хотя первоначально даже на поверхностную пальпацию живота реагировал вздрагиванием, гримасами боли, жалобами и напряжением мышц живота.

При пальпации органов брюшной полости выявление симптома раздражения брюшины очень важно для своевременной дифференцировки специфической боли от неспецифической (не имеющей четкой связи с внутрибрюшной патологией). И в этих случаях подспорьем могут быть сегодня несколько забытые симптомы рикошетной боли и стетоскопа.

ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАРАШЮТИСТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ

Пухняк Д.В., Патахов П.П., Мингалев А.Н.,
Дельянов К.В., Бондина В.М.,
Дробышева О.М., Абушкевич В.Г.
*Кубанский государственный
медицинский университет
Краснодар, Россия*

С целью оптимизация количественной оценки стрессоустойчивости парашютистов использовали параметры пробы сердечно-дыхательного синхронизма у 35 начинающих и 18 опытных парашютистов. Накануне прыжков у начинающих парашютистов границы диапазона сердечно-дыхательной синхронизации, диапазон синхронизации и длительность его развития соответственно составляли: при низком уровне стрессоустойчивости $73,9 \pm 1,1$ – $78,8 \pm 1,1$; $4,9 \pm 0,2$ синхронных кардиоциклов; $29,7 \pm 0,4$ кардиоциклов; при умеренном уровне стрессоустойчивости $81,2 \pm 1,0$ – $90,4 \pm 1,1$; $9,2 \pm 0,2$ синхронных кардиоциклов; $20,2 \pm 0,5$ кардиоциклов; при высоком уровне стрессоустойчивости $77,3 \pm 0,6$ – $89,7 \pm 0,6$; $12,4 \pm 0,1$ синхронных кар-

диоциклов; $14,1 \pm 0,3$ кардиоциклов. У опытных парашютистов при умеренном уровне стрессоустойчивости $83,6 \pm 1,0$ – $93,9 \pm 1,2$; $10,3 \pm 0,3$ синхронных кардиоциклов; $18,2 \pm 0,5$ кардиоциклов; при высоком уровне стрессоустойчивости $82,9 \pm 1,1$ – $104,9 \pm 1,8$; $22,0 \pm 0,9$ синхронных кардиоциклов; $9,6 \pm 0,2$ кардиоциклов. Из приведенных данных видно, что по параметрам пробы сердечно-дыхательного синхронизма можно судить об уровне стрессоустойчивости у начинающих и опытных парашютистов.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АСЦИТА

Субботина В.Г., Кодочигова А.И., Оленко Е.С.,
Папшицкая Н.Ю., Курако М.М.,
Пономарева О.А.
*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Росздрава»
Саратов, Россия*

В диагностике асцита важны простые, удобные физикальные методы исследования. К сожалению, они позволяют определить только относительно большие объёмы жидкости. Золотым стандартом диагностики небольшого асцита остаётся ультразвуковое исследование, которое позволяет определить жидкость объёмом до 100 мл.

Существует 4 классических метода диагностики асцита: осмотр живота, перкуторное выявление притупления звука в боковых отделах живота, смещение притупления при перкуссии и определение симптома волны.

При наличии асцита живот становится распластанным, приводя к специфической конфигурации, которая называется «живот лягушки». Это происходит вследствие тяжести и давления внутрибрюшной жидкости на боковые отделы живота, которые «расползаются» наружу. Однако, подобная форма живота, может встречаться и при обычном ожирении. Чтобы разграничить эти два состояния, необходимо исследовать притупление звука в боковых отделах. Распластанный живот и притупление перкуторного звука по бокам является высокочувствительными (>72% и >80% соответственно).

Смещение зоны притупления при повороте больного на бок вызывает смещение границы тупости на 1 см и указывает на наличие жидкости, а отсутствие смещения границы тупости указывает на то, что она обусловлена плотным органом. Тест выявления смещения зоны притупления имеет высокую чувствительность (>83%), но низкую специфичность (в среднем 50%). Отсутствие смещения тупости имеет важное значение для исключения асцита.