



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 340.6

В.В.Колкутин, И.А.Толмачёв, Д.С.Кадочников, А.В.Криворучко, П.Г.Джуваляков — Динамические показатели общей микробной обсемененности судебно-медицинской секционной.

Для исследования динамических показателей микробной обсемененности проводили посевы воздуха в секционной морга. В работе использовали мясопептонный агар.

Все исследования проводили ежедневно в рабочее время в течение месяца импакторным методом. Посевы отбирали утром до начала работы, во время исследования трупов и после секций с использованием штатной приточно-вытяжной вентиляции и без нее. Инкубацию и подсчет выросших колоний проводили по методикам, описанным в действующих официальных документах. При подсчете общего микробного числа считали все выросшие в чашке Петри колонии.

Микробное загрязнение воздуха в секционной исследовали в соответствии с подходами, используемыми при обследовании воздуха в медицинских учреждениях, в соответствии с СанПин 2.1.3.1375-03.

По результатам исследований, достоверное различие микробной обсемененности воздуха до, во время и после работы в секционной характерно для общего микробного числа.

Согласно полученным данным, общая бактериальная обсемененность воздуха с уровня 600–800 микроорганизмов в 1 м³ до начала секционных исследований, после начала проведения секций увеличивается и достигает во время работы значения 3000–5000 микроорганизмов в 1 м³ при включенной вентиляции, а при выключенной вентиляции возрастает до 12 000–14 000 микроорганизмов в 1 м³.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 618.145-006.6-08

А.И.Мелько, Е.А.Брузгин, И.В.Названцев, В.В.Титова, Е.А.Артошина — Лечение редких форм рака эндометрия.

Рак тела матки — наиболее частая онкогинекологическая патология у женщин-военнослужащих. Данная нозологическая форма объединяет группу опухолей с различной гистологической структурой, определяющей программу и прогноз лечения.

В исследуемую группу были включены 38 пациенток с редкими формами рака эндометрия, лечившихся в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. По стадиям заболевания больные распределены следующим образом:

Пункт 9.1. гигиенических требований к условиям труда медицинского персонала (СанПин 2.1.3.1375-03) указывает, что в основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах обслуживающего медицинского и другого персонала должны быть обеспечены следующие гигиенические нормативы: микроклиматических параметров и воздушной среды (температура, влажность, скорость движения воздуха, химический и бактериологический состав) и др. Однако гигиенические нормативы для функциональных помещений морга при этом не указываются. Пункт 9.10. вышеуказанных требований к условиям труда персонала отдельных специализированных подразделений, к которым можно отнести и морг, ссылается на специальные правила по устройству и эксплуатации указанных подразделений.

Действующие в настоящее время правила по устройству и эксплуатации помещений моргов судебно-медицинских учреждений, введенные в действие в 1964 г., не содержат сведений о гигиенических стандартах.

По нашему мнению, секционные и рабочие кабинеты экспертов можно отнести к классу условно чистых помещений (В — в соответствии с табл. 2 СанПин 2.1.3.1375-03), поскольку указанные помещения являются рабочим местом эксперта.

Полученные результаты показывают многократное превышение допустимых уровней общей бактериальной обсемененности воздушной среды (не более 1000 микроорганизмов в 1 м³) рабочих помещений судебно-медицинских экспертов как при использовании приточно-вытяжной вентиляции, так и без нее.

I стадия — у 6 (15,8%), II стадия — у 5 (13,2%), III стадия — у 6 (15,8%), IVB стадия — у 21 (55,2%). Метастатическое поражение лимфатических узлов выявлено у 9 (23,7%) пациенток: изолированно тазовых — у 3 (7,9%), изолированно парааортальных — у 2 (5,3%), тазовых и парааортальных — у 4 (10,5%). Отдаленное метастазирование характеризовалось частым поражением большого сальника и брюшины — в 50% (19 человек) наблюдений.



Противоопухолевое лечение проведено 37 (97,4%) больным, симптоматическая терапия — 1 (2,6%). Комплексная программа лечения выполнена у 19 (51,4%) больных, комбинированная программа — у 10 (27%), хирургическое лечение — у 8 (21,6%), химиотерапия — у 1 (2,7%), гормонотерапия — у 3 (8,1%).

В целом, в программе противоопухолевого лечения различные объемы хирургических вмешательств были проведены у 32 (86,5%) пациенток. Хирургические вмешательства в этой группе характеризовались частым выполнением комбинированных операций — у 13 (40,6%) больных. Средняя дли-

тельность операций составила $149,5 \pm 7,5$ мин, операционная кровопотеря — $539,1 \pm 21,7$ мл. Интраоперационных осложнений не было. Во время операции и в послеоперационный период показания к трансфузиям эритромаcсы и плазмы крови были определены у 18 (56,3%) и 21 (65,6%) больных соответственно. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (18,8%) пациенток без послеоперационной летальности.

Общая пятилетняя выживаемость составила 14% с медианой 22 мес. Пятилетняя выживаемость без прогрессии опухоли была 4% с медианой 12 мес.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.131-008.331-073

А.Н.Кучмин, С.В.Ситников, С.А.Миронов, О.В.Якоб — Сравнительная оценка давления в легочной артерии у пациентов со сниженным диастолическим резервом.

Снижение *диастолического резерва* (ДР) ведет к прогрессированию *диастолической дисфункции* (ДД) *левого желудочка* (ЛЖ) сердца, в частности к прогрессированию хронической сердечной недостаточности в целом. В связи с этим для поддержания адекватного сердечного выброса компенсаторно повышается давление в малом круге кровообращения, что проявляется повышением давления заклинивания в легочной артерии.

Нами проведена оценка *среднего давления* ($ДЛА_{cp}$), *систолического давления в легочной артерии* ($ДЛА_c$) и *среднего давления заклинивания в легочной артерии* ($ДЗЛА_{cp}$) у пациентов со сниженным ДР по данным *эхокардиографии* (ЭхоКГ).

В исследование были включены 120 пациентов кардиологических отделений 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого — 108 мужчин (90%) и 12 женщин (10%). Средний возраст группы составил $56,8 \pm 8,2$ года. Для верификации типов ДД всем пациентам проводились ЭхоКГ и доплерографическое исследование, а также тканевая доплерография фиброзного кольца митрального клапана и цветовой М-режим.

Расчет давления в легочной артерии проводился с использованием неинвазивных эхокардиографических методик: $ДЛА_c$ рассчитывалось по величине градиента трикуспидальной регургитации, $ДЛА_{cp}$ — по формуле Добестани, $ДЗЛА_{cp}$ — с использованием показателей тканевой и импульсной доплерографии по общепринятой методике. На основании данных пробы с изометрической нагрузкой оценивался ДР. За снижение диастолического резерва принимали снижение индекса VE/VA трансмитрального потока менее чем на 30% на фоне нагрузки. Контрольную группу составили 30 человек, сходных по полу и возрасту.

Низкий ДР выявлен менее чем на 30% у 73 пациентов. Из них 49 человек имели рестриктивные II и III типы ДД, эту группу мы обозначили как группа А. У 24 пациентов, имеющих I тип ДД, также был выявлен сниженный ДР — эту группу мы обозначили как группа В. Полученные данные представлены в таблице.

При анализе данных таблицы выявлено, что в среднем в группах А и В $ДЛА_{cp}$ составило $21,8 \pm 3,2$ мм рт. ст. и было достоверно выше ($p < 0,005$) по сравнению с контрольной группой, где эта величина составляла $15,4 \pm 2,8$ мм рт. ст., систолическое давление в легочной артерии было выше, чем в контрольной группе, составляя при этом $27,1 \pm 3,1$ и $21,7 \pm 4,2$ мм рт. ст. соответственно, но это различие не достоверно. Давление заклинивания в легочной артерии составляло $13,1 \pm 1,8$ мм рт. ст. и было достоверно выше ($p < 0,005$), чем в контрольной группе — $8,6 \pm 1,4$ мм рт. ст.

В группе А $ДЛА_{cp}$ составляло $23,6 \pm 3,7$ мм рт. ст. и было достоверно выше ($p < 0,05$) чем в группе В и контрольной группе ($p < 0,005$). Также в группе А было достоверно выше $ДЗЛА_{cp}$ — $13,6 \pm 2,4$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) по сравнению с группой В и с контрольной группой ($p < 0,005$). Показатели $ДЛА_c$ в группе А составляли $28,4 \pm 4,2$ мм рт. ст. и достоверно не отличались от показателей группы В, но были достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

По сравнению с контрольной группой группа В имела достоверно более высокие показатели $ДЛА_{cp}$ ($p < 0,05$), а также $ДЗЛА_{cp}$ ($p < 0,005$).

Скорость продвижения раннего потока в ЛЖ (Vp) зависит от конечно-диастолического давления в левом желудочке, а следовательно