

**Ю.И. Батысов, Р.А. Хайруллин,
В.Ю. Батысов (Казань). Здоровье студентов
финансового института**

Нами обобщены результаты изучения заболеваемости по обращаемости и медицинского осмотра 768 студентов Казанского финансового института за 1994—1995 учебный год.

Число обращений к врачу медицинского пункта института составило 37,7 на 100 студентов, причем девушки обращались значительно чаще, чем юноши (43,3% против 27,4%). Наибольшее число обращений приходится на болезни органов дыхания (58,8%), в том числе на острые респираторные вирусные инфекции (56,4%). Другие болезни органов дыхания (бронхиальная астма, пневмония и т.д.) отмечены в единичных случаях. Второе место по частоте обращений принадлежит болезням нервной системы и органов чувств (9,3%), 3 и 4-е — болезням кожи и подкожной клетчатки, а также костно-мышечной системы (7,8% и 5,4%), 5 и 6-е — болезням органов пищеварения и мочеполовой системы (соответственно 4,4 и 4,3 обращений на 100 студентов). Обращаемость студентов по поводу других болезней была небольшой и колебалась в незначительных пределах.

Выявлены некоторые особенности обращаемости за медицинской помощью студентов различных курсов. Так, студенты I курса составили половину из числа всех обращенных, затем следовали студенты II и III курсов (соответственно 14,4% и 24,1%) и, наконец, выпускники — студенты IV курса (11,2%).

При анализе результатов медицинского осмотра студентов II—III курсов отклонения в состоянии здоровья выявлены у подавляющего большинства из них, а заболевания (без учета болезней зубов) — у 31,5%, причем у 24,1% студентов диагностировано одно заболевание, у 53,4% — 2, у 22,5% — 3 и более. В структуре общей заболеваемости доминируют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (37,3%), затем следуют болезни нервной системы и органов чувств (34,5%), мочеполовой системы (8,6%) и системы кровообращения (6,4%). Реже встречались заболевания органов пищеварения (4,8%), эндокринной системы и нарушения обмена веществ (3,9%). Удельный вес других заболеваний был относительно невелик.

Таким образом, структура заболеваемости по обращаемости и данным медицинского осмотра существенно различается. Из болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани можно выделить нарушения осанки (84,6%) и плоскостопие (13,5%). Среди болезней нервной системы и органов чувств на долю аномалий рефракции приходилось 93,6%, а среди болезней мочеполовой системы на гинекологические болезни — 63,2%. Из заболеваний системы кровообращения наиболее часто встречались нейроциркуляторные дистонии, а из болезней органов пищеварения — заболевания желудка (69,2% и 63,2%).

По состоянию здоровья обследованные студенты распределились следующим образом: здоровых было 120 (15,6%), практически здоровых — 493 (64,2%), больных — 155 (20,2%). По физическому состоянию: основная группа — 73,6%, подготовительная — 5,9%, специальная — 16,8%, нуждающиеся в ЛФК — 2,2%, временно освобожденные от занятий физкультурой (лица с грубым нарушением опорно-двигательного аппарата, беременные, реконвалесценты острого либо хронического заболевания) — 3,4%.

Анализ результатов исследования позволил сделать следующие выводы: структура заболеваемости по обращаемости значительно отличается от заболеваемости по данным медицинского осмотра. Необходимо повысить сопротивляемость организма студентов, так как более половины всех обращений обусловлено острыми респираторными вирусными инфекциями. У значительной части обследованной молодежи (84,3%) имеются какие-либо отклонения в состоянии здоровья. Более других хронических заболеваний распространены аномалии рефракции, нарушения осанки, гинекологические болезни, плоскостопие и нейроциркуляторные дистонии.

Таким образом, комплексное обследование здоровья студентов является основой для организации лечебно-оздоровительной работы в вузе и учебно-воспитательного процесса на занятиях физкультурой.

УДК 616.233+616.24+616.25]: 626.981.21/.25—085.33

**К.М. Богус (Тбилиси) Антибактериальная
терапия у больных хирургическим сепсисом
и легочно-бронхо-плевральными
осложнениями**

У 152 больных с легочно-бронхо-плевральными осложнениями (ЛБПО), развив-

шимися на фоне хирургического сепсиса была проведена рациональная антибактериальная терапия. До лабораторного исследования микрофлоры назначали 2 антибиотика, а при анаэробном сепсисе — 3 антибиотика, основываясь на клиническом предположении вида возбудителя. Были использованы антибиотики с широким спектром действия (клафоран, амикацин, гентамицин, метронидазол и др.). После лабораторного исследования в соответствии с данными бактериограммы переходили на целенаправленную антибиотикотерапию.

Спектр микробиологического пейзажа свидетельствовал о преобладании аэробной кокковой флоры у лиц с заболеваниями мягких тканей, а при перитоните с ЛБПО — энтеробактерий; постоянно присутствовали и грамотрицательные аэробы, а также анаэробные микроорганизмы. У 47,4% больных была выявлена ассоциация микроорганизмов (стафилококк, кишечная палочка).

В качестве основных антибактериальных препаратов нами были выбраны следующие: цефалоспорины — клафоран (цефатоксим), а из группы аминогликозидов — амикацин. Клафоран — довольно активный антибиотик в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных кокков. Широким спектром антимикробного действия обладает и амикацин, подавляя рост многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Кроме того, он оказывает бактерицидное действие на многие антибиотикорезистентные штаммы стафилококков, кишечной и синегнойной палочек, протей. Из более доступных препаратов наиболее эффективным антианаэробным препаратом является метронидазол, применяемый в лечении протозойных инфекций.

Дозы и методы введения препаратов были индивидуальны в каждом конкретном случае и зависели от тяжести и распространенности гнойно-воспалительного процесса.

Определение чувствительности микроорганизмов, выделенных из гнойного очага, позволяло нам контролировать адекватность проводимого лечения.

В случае длительно текущего гнойного процесса в плевре и легких антибиотикотерапию продолжали до 18—25 суток и более в зависимости от эффекта. Необходимые антибиотики мы подбирали по результатам клинико-микробиологического анализа. Повторные посевы из раны и посевы крови мы осуществляли в обеих группах на 3—4, 7—9 и 16—20-е сутки после начала лечения. Комплексная антибиотикотерапия способствовала исчезновению бактериемии на 7-е

сутки лечения у 35% больных. У остальных больных бактериемия сохранялась более длительное время. В таких случаях мы ее продолжали до 20—25 суток. При клиническом выздоровлении и нормализации результатов лабораторных анализов, включая отрицательные посевы крови антибиотикотерапию продлевали еще на 5—6 суток, а затем отменяли ее одномоментно (не снижая доз).

В последнее время эффективным признан метод эндолимфатического введения антибиотиков. Он позволяет при малом количестве введения создавать большую концентрацию антибиотика в воспалительном очаге. Эндолимфатические введения производят один раз в сутки.

Лимфотропное лечение антибиотиками нами проведено у 3 больных с септической пневмонией. Во всех случаях отмечена положительная клиническая динамика, ни у одного больного не возникло каких-либо осложнений. Все пациенты были выписаны клинически здоровыми.

Сущность метода заключается в следующем: на верхнюю треть плеча накладывают манжету от аппарата Рива-Роччи и нагнетают давление до 50 мм Hg. После обработки наружной поверхности плеча в средней трети строго подкожно вводят один из протеолитических ферментов, разведенный в изотоническом растворе (применяют лидазу или трипсин). Через 4—5 минут с помощью другой иглы на 0,5 см ниже места введения фермента подкожно вводят разовую дозу антибиотика. Инъекцию производят один раз в сутки. Раздутую манжету оставляют на 2,5 часа.

Мы убедились, что примененная нами комплексная программа антибиотикотерапии является важным звеном в лечении гнойно-септических хирургических заболеваний с ЛБПО. Для успешной антибактериальной терапии решающими являются такие факторы, как раннее начало лечения, выбор адекватных препаратов, способ их введения, назначение достаточно высоких доз.

УДК 616.36—003.4—001.4

**Д.М. Красильников, М.И. Маврин,
Б.Х. Ким (Казань). Инородные тела
общего желчного протока**

После эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, эндоскопического назобилиарного дренирования и удаления из него наружных дренажей в послеоперационном периоде в общем желчном протоке иногда остаются обломки катетеров.