

подвергаются действию метеорологических факторов (лицо, руки), и хуже на постоянно закрываемых одеждой (грудь, спина).

В качестве показателя устойчивости человека к понижению температуры внешней среды при исследованиях используется так называемая холодовая проба. При этом учитывается скорость восстановления температуры участка кожи до исходной величины после дозированного охлаждения на 10 °С. Доказано: чем меньше время восстановления температуры, тем выражена закаленность.

Известный ленинградский физиолог В. В. Койранский постоянно указывал на особенности действия слабых охлаждений на организм. По его данным, чтобы вызвать ощущение холода, слабые охлаждения должны воздействовать на значительную часть поверхности тела и действовать продолжительное время. Слабые холодовые раздражения не имеют такой силы, чтобы вызвать такое возбуждение рецепторного аппарата (чувствительных к охлаждению нервных окончаний), которое необходимо для включения терморегуляционных центров. Типичным примером такой ситуации является лежание человека на траве или песке весной (он не ощущает холодового воздействия, хотя зачастую за легкомыслие расплачивается воспалением легких, почек, ишиасом и т. д.).

Учёные отмечают, что по мере повторения одних и тех же закаливающих воздействий круг вовлекаемых в ответную реакцию органов и систем сокращается, реакции становятся как бы более целесообразными, более экономичными, то есть на воздействие отвечают только те органы которые способствуют скорейшему восстановлению нормального состояния организма. Сокращается и время между первичным спазмом сосудов и их расширением. Если человек встречается с более холодной водой, чем та, которая использовалась для закаливания, то возможности его реакции окажутся недостаточными для сохранения нормальной деятельности организма и человек может заболеть.

#### **Список использованной литературы:**

1. Баешко А. А., Гайдук Ф. М. Неотложные состояния. - М.: Медицина, 1992.
2. Популярная медицинская энциклопедия. Гл. ред. В. И. Покровский. - Ульяновск, 1997.
3. Энциклопедия Сам себе доктор: как оказать первую медицинскую помощь в различных условиях до прибытия врача. - М., 1979.

© Жуковская А. О., Москаленко И. С., 2017

**УДК 61**

**А. О. Жуковская**

Бакалавр, 1 курс, Строительный факультет СПбГАСУ  
г. Санкт-Петербург, РФ, E-mail: evzhukovska@mail.ru

**И. С. Москаленко**

К.п.н., доцент, доцент каф. физ. вос. СПбГАСУ  
г. Санкт-Петербург, РФ, E-mail: moskalenko@mail.ru

## **БОЛЕЗЕНЬ ТИТЦЕ (РЕБЕРНЫЙ ХОНДРИТ)**

### **Аннотация**

Под болезнью Титце понимают состояние, характеризующееся наличием болезненной припухлости в области хрящей верхних ребер в непосредственной близости от грудины. Это заболевание названо по имени братиславского хирурга А.Титце, впервые описавшего его в 1921 г.

### **Ключевые слова**

Реберный хондрит, нарушение обмена в соединительных тканях, грудины, хирургическое вмешательство.

Синдром Титце (болезнь Титце) встречается в литературе под разными названиями: синдром

идиопатической реберно-хрящевой боли, реберный хондрит, перихондрит, синдром передней грудной клетки и т.д. Однако все они означают болезнь соединительной ткани, которая проявляется в виде воспаления реберных хрящей в верхней части грудины. Синдром Титце чаще всего наблюдается у подростков в периоде от 12 до 14 лет и у взрослых людей – от 20 до 40 лет. Как правило, поражение бывает односторонним, однако в практике встречаются и другие случаи.

На данный момент точные причины Болезни Титце не установлены до нашего времени, поскольку реберный хондрит считается редкой патологией. Но, можно сказать, что причиной синдрома Титце зачастую выступает любое заболевание, вызывающее нарушение обмена в соединительных тканях и снижающее иммунологические свойства организма человека.

Тем не менее, можно назвать некоторые основные симптомы синдрома Титце:

- Острые приступы боли в передней части грудной клетки;
- Перемещение болевых ощущений вниз или в левую область грудины;
- Центром боли, как правило, являются четвертое, пятое и шестое ребро;
- При любом движении тела боль обостряется;
- При глубоком дыхании болевые ощущения также усиливаются и, наоборот, в состоянии покоя и при легком дыхании – отступают;
- При нажатии пальцами в область крепления ребер к грудине наблюдаются ощутимые боли.

Следует отметить, что последний в списке симптом синдрома Титце является самым распространенным признаком заболевания. Если же при пальпации в районе соединения грудной клетки и ребер боли не ощущается, вероятность наличия данной болезни крайне мала.

Еще одним характерным симптомом синдрома Титце является небольшая припухлость в районе пораженного реберного хряща. Как правило, ее размер составляет 3-4 см и она имеет плотную поверхность. Любые прикосновения к этой области вызывают у человека болезненные ощущения. Если у больного наблюдается один из этих основных признаков, можно предположить развитие синдрома Титце. У некоторых больных вышеназванные симптомы при реберном хондрите сопровождаются одышкой, снижением аппетита, бессонницей и тахикардией. Редко дополнительными симптомами синдрома Титце выступают отеки кожи в области грудной клетки и местное повышение температуры.

Многие специалисты сходятся во мнении, что полноценное лечение синдрома Титце возможно только при помощи хирургического вмешательства. Но поднадкостничная резекция, которая проводится в таких ситуациях, считается крайним случаем, поскольку реберный хондрит зачастую не сильно беспокоит больных даже в течение десятилетий. Некоторые из них даже не подозревают о существовании у себя синдрома Титце, так как никаких характерных симптомов не наблюдается.

Именно поэтому лечение синдрома Титце, как правило, сводится к применению наиболее распространенных консервативных методов:

- Местная терапия с использованием различных мазей и гелей, обладающих противовоспалительным эффектом;
- Компрессы с димексидом;
- Физиотерапевтическое лечение и рефлексотерапия;
- Новокаиновые блокады межреберных нервов;
- Инъекции анестетика со стероидом в зону локализации боли;
- Нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики.

Лечение синдрома Титце с помощью подобных методов, естественно, не поможет устранить фиброзно-кистозное образование. Однако данные средства способствуют уменьшению отеков и воспаления, а также смягчают болевые ощущения. С другой стороны, синдром Титце считается хроническим заболеванием, которое, даже если исчезает на время, все равно возвращается. Таким образом, от постоянного употребления противовоспалительных и обезболивающих медикаментов могут возникнуть побочные эффекты.

При реберном хондрите могут также помочь некоторые рецепты народной медицины. Основными народными средствами лечения синдрома Титце являются: лечебные ванны, отвары, компрессы, натирания.

Компрессы при синдроме Титце делают из отвара розмарина, распаренных листьев Melissa или хрена. Поверх приложенного компресса необходимо повязать шаль или теплую ткань. Также хорошо помогают натирания грудной клетки медвежьим или свиным жиром. Часто в воспаленные участки втирают спиртовые настойки из эвкалипта и березовых почек. После процедуры нужно укрыться теплым одеялом, чтобы продлить согревающий эффект.

Однако следует помнить, что прежде чем практиковать лечение синдрома Титце народными средствами, необходимо посоветоваться с врачом.

#### Список использованной литературы:

1. М. К. Недзьведь, Е. Д. Черствый «Патология анатомия», издательство «Вышэйшая школа» Минск, 2011.
2. «Общая патологическая анатомия» под редакцией О. В. Зайратьянца, МГМСУ, 2007

© Жуковская А. О., Москаленко И. С., 2017

УДК 61.617-089.844

**Курбаналиев Ринат Маратович**

кандидат медицинских наук

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

doc\_kurbanaliev@mail.ru

**Колесниченко Ирина Владимировна**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии

Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина

Кыргызстан, г. Бишкек,

**Кузубаев Руслан Едилевич**

Ассистент

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

**Хакимходжаев Зуфар Шавкатович**

кандидат медицинских наук

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек,

## ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО «ВВОРАЧИВАЮЩЕГОСЯ» ШВА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

### Аннотация

В работе приведены исследования, указывающие на возможность развития послеоперационных осложнений и рецидивов патологий мочевыводящих путей при реконструктивно-пластических операциях. Немаловажным условием успешной операции является методика и техника сопоставления тканей, что в значительной степени влияет на исход лечения. Основной задачей реконструктивно-пластических операций на мочевыводящих путях является наложение специализированных швов анастомоза, способствующих адекватной герметичности и созданию оптимальных условий для предупреждения развития послеоперационных осложнений и повторного рецидивирования патологического процесса в верхних мочевыводящих путях.

Разработана методика применения непрерывного вворачивающегося шва при хирургической коррекции патологий верхних и нижних мочевыводящих путей с целью восстановления естественного пассажа мочи.

В различные сроки послеоперационного периода в сравнительном анализе в работе представлены выводы о состоятельности, герметичности и высокой результативности использования разработанной методики в практической урологии. Методика наложения непрерывного вворачивающегося шва на зону