**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР
СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – «СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ»**

ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «ЕДИНСТВО» UNITAS

М А Т Е Р И А Л Ы
65-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Махачкала, 28 марта 2017 г.

УДК 61 «65» (061)
ББК 66.75
М-341

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
С.Н. Маммаев, ректор ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор,
Н.С.-М. Омаров, первый проректор, проректор по межрегиональной и международной деятельности, доктор медицинских наук, профессор,
Р.А. Атаханов, проректор по учебной работе, кандидат экономических наук, доцент,
М.А. Хамидов, проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор,
Н.Р. Моллаева, проректор по научной работе, доктор медицинских наук, доцент,
Р.К. Шахбанов, проректор по общественным связям и социально-воспитательной работе, кандидат медицинских наук, профессор,
М.Н. Меджидов, научный руководитель СМУиС и СНО, доктор медицинских наук, доцент,
Э.А. Касаева, председатель СМУиС,
Г.Ф. Байрамова, председатель СНО им. Р.П. Аскерханова.

Издается под общей редакцией научного руководителя Совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества, доктора медицинских наук, доцента **Меджидова М.Н.**

Материалы 65-й Всероссийской юбилейной научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием. — Москва, Парнас: ИПЦ ДГМУ, 2017.– 280 с.

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанского государственного медицинского университета, Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Ставропольского государственного медицинского университета, Тверского государственного медицинского университета, Волгоградского государственного медицинского университета, Южно-Уральского государственного медицинского университета, Дагестанского государственного университета, Азербайджанского медицинского университета им. Н. Нариманова.

Материалы конференции охватывают широкий спектр научных направлений. Опубликованные работы представляют огромную ценность для широкого круга активной студенческой молодежи, молодых ученых (врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов), занимающихся научно-исследовательской деятельностью, а также для иных молодых специалистов.

ISBN 978-5-4326-0091-2 © Даггосмедуниверситет, 2017

MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION
FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION «THE DAGESTAN STATE MEDICAL UNIVERSITY» MINISTRIES OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION
REPUBLIC DAGESTAN MINISTRY OF HEALTH
SCIENTIFICALLY-EDUCATIONAL MEDICAL CLUSTER
THE NORTH-CAUCASIAN FEDERAL DISTRICT – «NORTH-CAUCASIAN»

ALL-RUSSIA SCIENTIFICALLY-EDUCATIONAL FORUM OF YOUNG SCIENTISTS "UNITY" UNITAS

M A T E R I A L S
65th
THE ALL-RUSSIA ANNIVERSARY SCIENTIFIC CONFERENCE YOUNG SCIENTISTS AND STUDENTS WITH THE INTERNATIONAL PARTICIPATION

Makhachkala, on March, 28th, 2017

УДК 61 «65» (061)

ББК 66.75
М-341

EDITORIAL BOARD:
S.N. Mammaev, rector FSFEI of the HE DSMU of the Russian Ministry,
the doctor of medical sciences, the professor,
N.S.-M. Omarov, the first pro-rector, the pro-rector on inter-regional and international activity, the doctor of medical sciences, the professor,
R.A. Atahanov, the pro-rector on study, cand.econ.sci., the senior lecturer,
M.A. Hamidov, the pro-rector on medical work, the doctor of medical sciences, the professor,
N.R. Mollaeva, the pro-rector on scientific work, the doctor of medical sciences, the senior lecturer,
R.K. Shahbanov, the pro-rector on public relations and socially-educational work, the candidate of medical sciences, the professor,
M.N. Medzhidov, supervisor of studies of council of young scientists and experts and student's scientific organization, the doctor of medical sciences, the senior lecturer,
E.A. Kasaeva, the chairman of the council of young scientists and experts,
G.F. Bajramova, the chairman of student's scientific organization.

Under the general edition of the supervisor of studies of Council of young scientists and experts and student's scientific organization, doctors of medical sciences, senior lecturer **Medzhidov M.N.**

Materials of 65th All-Russia anniversary scientific conference of young scientists and students with the international participation. – M.: Parnas. - 2017. – 312 with.

The collection included materials of scientific conference of young scientists and students of the Dagestan state medical university, the Russian national research medical university of a name of N.I.Pirogova, the Moscow state mediko-stomatologic university, the Stavropol state medical university, the Tver state medical university, the Volgograd state medical university, the South Ural state medical university, the Dagestan state university, the Azerbaijan medical university of N. Narimanov.

Conference Materials cover a wide spectrum of scientific directions. The published works represent huge value for a wide range of active student's youth, young scientific (doctors-interns, clinical interns and post-graduate students), engaged in research activity, and also for other young experts.

ISBN 978-5-4326-0091-2 © Daggosmeduniversitet, 2017

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Х.И. Ибрагимова – аспирант, С.Н. Маммаев

Кафедра госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность.

Артериальная гипертония (АГ) является важнейшим фактором риска ряда сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к увеличению заболеваемости и смертности населения. В России распространенность АГ среди взрослого населения составляет в среднем 39,2 % у мужчин и 41,1% у женщин, при этом в возрастных группах старше 60 лет распространенность АГ в 1,5-2 раза выше [1,2]. Одним из новых направлений оптимизации решения этой проблемы является изучение гендерных особенностей этиологии, патогенеза, клинических проявлений АГ. Известно, что у женщин АГ развивается обычно на 10 лет позже, чем у мужчин, и в основном после менопаузы [3]. Среди лиц в возрасте до 50 лет распространенность АГ выше среди мужчин, тогда как в более старших возрастных группах данная закономерность меняется. Увеличение распространенности АГ у женщин в постменопаузе связано с протективным воздействием эстрогенов на сосудистую стенку. Период менопаузы сопровождается дефицитом эстрогенов, приводя к снижению концентрации в крови таких мощных вазодилататоров, как оксид азота и простациклин, а также в этот период увеличивается секреция эндотелина-1 (ЭТ-1), способствуя увеличению реабсорбции натрия в почках и усилению оксидативного стресса [4, 5].

Изучение гендерных и возрастных особенностей роли ЭТ-1, а также гормонального статуса у женщин в регуляции артериального давления (АД) позволят оптимизировать терапевтический подход при лечении АГ.

Цель исследования - изучение взаимосвязь состояния сосудистой стенки и гормонального статуса у больных эссенциальной АГ (ЭАГ) в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы исследования. В исследование включено 120 больных ЭАГ I стадии, 1 и 2 степени, в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст 51,2±11,4), из них 60 женщин (50%) и 60 мужчин (50%). Все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 30 женщин в возрасте до 50 лет, без признаков менопаузы; во 2-ю группу – 30 женщин, в возрасте старше 50 лет в постменопаузе; в 3-ю группу – 30 мужчин в возрасте до 50 лет; в 4-ю группу – 30 мужчин старше 50 лет. Группу контроля составили 45 практически здоровых лиц (средний возраст 49,6±3,7): 24 женщины (средний возраст 47,6±8,9) и 21 мужчина (средний возраст 45,7±9,6).

Диагноз ЭАГ устанавливался на основании жалоб, данных анамнеза, физикального обследования, а также лабораторно-инструментальных методов в соответствии с «Национальными рекомендациями по диагностике и лечению АГ», ВНОК, 2010.

Всем больным проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось аппаратом «Валента» (Санкт-Петербург, Россия) по общепринятой методике, в течение 24 часов с интервалом измерения 15/30 минут (день/ночь, соответственно). Для исследования функции эндотелия определяли уровень ЭТ-1 в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора «Эндотелин-1-21» («Biomedica Medizinprodukte GmbH&co», Австрия). Для изучения гормонального статуса у женщин определение уровня эстрадиола, ФСГ, пролактина, кортизола и альдостерона проводилось иммуноферментным методом. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программ «Microsoft Excel» и «Statistica 10.0».

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам СМАД у пациентов старших возрастных групп средние значения систолического АД (САД) были достоверно выше, причем у женщин наблюдалась тенденция к более высоким цифрам АД, чем у мужчин ($p<0,01$) (табл.1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика уровня АД в исследуемых группах больных ЭАГ (M±SD)

Пол, м/ж	**Женщины** (n=60)		**Мужчины** (n=60)	
	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=30)	3-я группа (n=30)	4-я группа (n=30)
Ср. САД, мм.рт.ст . #	145,3±1,9	168,6±2,6 **^	148,9±2,1	158,1±2,7*
Ср. ДАД, мм.рт.ст. #	92,7±7,2	90,7±4,3	95,4±5,5	89,5±6,4
Ср. ПАД, мм.рт.ст. #	47,9±3,7	61,1±4,05**^	54,9±2,6	57,1±3,6

*Примечание: * - p<0,05, ** - p<0,01, между показателями у пациентов одного и того же пола статистически значимы ^ - p<0,05, ^^ - p<0,01– между показателями в группах пациентов одинаковой возрастной категории статистически значимы*

Среднесуточное САД у женщин в постменопаузе достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет и у мужчин 4-й группы. При изучении среднесуточных значений САД в группах мужчин выявлено достоверное (p<0,05) повышение в группе старше 50 лет по сравнению с мужчинами в возрасте до 50 лет. Среднесуточное диастолическое АД (ДАД) в сравниваемых группах достоверно не отличалось между собой (p>0,05). При анализе среднесуточных значений пульсового АД (ПАД) отмечено его повышение с возрастом, которое достигало максимальных значений у женщин во 2-й группе в сравнении с 1-й группой женщин (p<0,01) и у мужчин 4-й группы (p<0,05).

При исследовании сыворотки крови пациентов на содержание ЭТ-1 выявлено достоверное повышение данного показателя во всех группах исследуемых больных в сравнении с группой контроля в сопоставимых по возрасту группах.

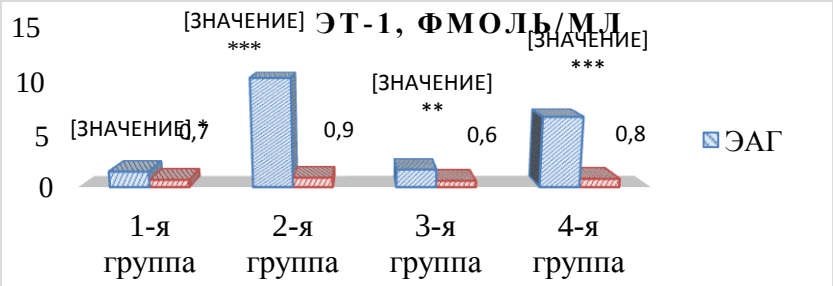


***Рис. 1.* Содержание ЭТ-1 в исследуемых группах.**

При оценке показателя ЭТ-1 в исследуемых группах у мужчин и женщин отмечалось достоверное (p<0,001) повышение его содержания с возрастом. При проведении гендерного анализа в группах больных с ЭАГ было выявлено достоверное (p<0,05) повышение ЭТ-1 у женщин по сравнению с мужчинами. Наибольшая концентрация ЭТ-1 была выявлена в группе женщин в постменопаузе, что достоверно выше по сравнению с группой женщин до 50 лет (p<0,001) и у мужчин в 4-й группе (p<0,01). Полученные нами результаты свидетельствуют, что высокий уровень ЭТ-1 способствует возникновению АГ у женщин в постменопаузе, что свидетельствует о максимальной выраженности ЭД и преобладании вазоконстрикторных эффектов ЭТ-1 в периоде постменопаузы [4,6].

При изучении взаимосвязи ЭТ-1 с уровнем АД у женщин было установлено наличие высокой степени корреляционной зависимости между уровнем ЭТ-1 как со среднесуточным значением САД (r=0,85, p<0,001), так и ПАД (r=0,84, p<0,001).

Нами проведено изучение особенностей гормонального статуса у женщин с ЭАГ (табл. 2).

Таблица 2

Динамика гормонального статуса у здоровых женщин и пациенток с ЭАГ (M±SD)

Показатель	Женщины с ЭАГ (n=60)		p	Практически здоровые женщины (n=24)		p
	до 50 лет (n=30)	старше 50 лет (n=30)		до 50 лет (n=12)	старше 50 лет (n=12)	
ФСГ (МЕ/л)	5.6±0,78	39.6±8,4	0,001	7,2±0,7	38.1±4,1	0,004
Пролактин (мМЕ/мл)	329,5±53,1	362,38±40,1	0,04	277,7±36,1	223,3±11,4	0,04
Эстрадиол (нмоль/л)	327,3±32,5	59,86±4,3	0,001	358,2±52,9	76,9±4,9	0,004
Кортизол (нмоль/л)	406,8±62,6	436,28±68,4	0,04	244,2±35,5	247,5±26,9	0,4
Альдостерон (нмоль/л)	187,3±24,7	252,0±38,4	0,001	121,6±12,9	138,7±13,8	0,1

У женщин выявлено достоверное снижение уровня эстрадиола в периоде постменопаузы как у больных с АГ, так и у практически здоровых женщин (p <0,001 и p <0,01 соответственно). Одновременно со снижением уровня эстрадиола у женщин в постменопаузе с АГ достоверно (p<0,001) повышается содержание альдостерона в крови, что объясняется компенсаторным повышением функции коры надпочечников и подтверждает концепцию о развитии гиперальдостеронизма в период менопаузы [3]. У здоровых женщин концентрация альдостерона меняется незначительно (p>0,05). Также у здоровых женщин с увеличением возраста происходит снижение уровня пролактина в крови при снижении уровня эстрадиола. Однако у женщин с ЭАГ в постменопаузе, несмотря на снижение уровня эстрадиола, концентрация пролактина увеличивается (p<0,05). Избыток пролактина в постменопаузе увеличивает содержание минерало- и глюкокортикоидов в крови. Кроме того, у женщин с ЭАГ в постменопаузе выявлено достоверное (p<0,05) увеличение концентрации кортизола в крови, однако у здоровых женщин уровень кортизола оставался неизменным (p>0,05). Повышение уровня кортизола приводит к повышению АД, вызванное активацией симпатоадреналовой системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы [3].

Нами проведен корреляционный анализ в группе женщин в постменопаузе, установивший наличие достоверных обратных корреляций между уровнем эстрадиола и ЭТ-1 (r=-0,67, p<0,001), эстрадиола и САД (r= –0,66; p <0,0001), эстрадиола и ПАД (r=–0,45, p <0,05). Прямая зависимость выявлена между уровнем ЭТ-1 и ФСГ (r=0,60; p <0,001), кортизола (r=0,47, p <0,01), альдостерона (r=0,72, p <0,001) и пролактина (r=0,73, p <0,001). Выявленные корреляции подтверждают патогенетическую роль изменения гормонального статуса в прогрессировании ЭД, снижении эластичности артериальной стенки и повышении АД [2,4].

Выводы.

1. У женщин с ЭАГ в постменопаузе зарегистрированы достоверно более высокие показатели САД и ПАД, чем в группе женщин в возрасте до 50 лет и у мужчин сопоставимой группы.

2. У больных ЭАГ установлено достоверное повышение уровня ЭТ-1 во всех исследуемых группах в сравнении с группой контроля, причем наибольшая его концентрация выявлена в группе женщин в постменопаузе. Также установлено достоверное повышение уровня ЭТ-1 у женщин по сравнению с мужчинами. У женщин в постменопаузе установлено наличие достоверных корреляций между концентрацией ЭТ-1 и уровнем САД и ПАД.

3. Корреляционный анализ установил наличие достоверных обратных корреляций между концентрацией эстрадиола и ЭТ-1, эстрадиола и САД и ПАД. Прямая зависимость выявлена между уровнем ЭТ-1 и ФСГ, ЭТ-1 и пролактина, альдостерона и кортизола. Выявленные связи подтверждают патогенетическую роль изменения гормонального статуса у женщин в постменопаузе в прогрессировании ДЭ и развитии АГ.

Литература

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ //Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2014. - №4. - С.4-14
2. Оганов Р.Г. [и др.]. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. //Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011. – Т. 10, № 1. С. 9-13.
3. Подзолков В.И., Брагина А.Е., Родионова Ю.Н. Артериальная гипертензия у женщин. Есть ли основания для особой тактики лечения? // Consilium Medicum.- 2009.- Т.11 (5).- С.49-54.
4. Магкаева О.В., Улубиева Е.А., Автандилов А.Г. Влияние половых гормонов на изменение эластичности сосудистой стенки у женщин разного возраста. // Проблемы женского здоровья. 2016. Том 11. № 2. - С. 46-53
5. Беленков Ю.Н., Фомин И.В., Бадин Ю.В. Гендерные различия в распространенности и эффективности лечения артериальной гипертензии в Европейской части Российской Федерации: результаты исследования ЭПОХА-2007 // Проблемы женского здоровья. 2011 - Т.6., №4.- С. 5-11.
6. Киселёв А.Р., Нейфельд И.В., Балашов С.В. Факторы сердечно-сосудистого риска у женщин в постменопаузе // Клиницист. 2014. №1. С. 9-14

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА, ВОЗРАСТА, ФАКТОРОВ РИСКА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Д.З. Панахова - клинический ординатор

Кафедра госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность. Кардиомиопатии остаются одними из наименее изученных кардиологических заболеваний. Кроме того, за последнее время формируется принципиально новый подход к определению понятия «кардиомиопатия» и её месту в структуре заболеваний сердца. Наряду с другими типами кардиомиопатий в настоящее время выделяют ишемическую дилатационную кардиомиопатию.

На сегодняшний день под термином «ишемическая кардиомиопатия» понимают поражение миокарда, обусловленное диффузным, значительно выраженным атеросклерозом коронарных артерий, характеризующееся увеличением размеров полостей сердца и клинической симптоматикой хронической сердечной недостаточности (ХСН). По данным литературы, больные ишемической дилатационной кардиомиопатией составляют около 5-8% от общего количества пациентов, страдающих клинически выраженными формами ИБС. Среди всех случаев кардиомиопатий на долю ишемической приходится около 11-13%, а среди всех видов вторичных дилатационных кардиомиопатий ишемическая встречается в 8% случаев. Пятилетняя выживаемость больных ишемической кардиомиопатией (ИКМП) после появления первых клинических симптомов ХСН составляет всего лишь 50%.

Несмотря на то, что ИКМП давно известна, до сих пор до конца на изучены гендерные и возрастные особенности течения данной патологии и влияние на неё факторов риска и сопутствующих заболеваний.

Цель исследования - изучение гендерных и возрастных особенностей и влияние факторов риска и сопутствующих заболеваний на течение ИКМП.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 50 больных, страдающих ИКМП, в возрасте от 49 до 78 лет (средний возраст 60,5 ±8,1 лет), находящихся на стационарном лечении в 1-м кардиологическом отделении РКБ г. Махачкалы. Среди них мужчин было 36 человек (72%), женщин – 14 человек (28%). В качестве факторов риска учитывались курение, злоупотребление алкоголем и ожирение. В качестве сопутствующего заболевания учитывалась эссенциальная артериальная гипертония.

Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование на аппаратах «Vivid 7 Pro» и «TOSHIBA Aplio» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американ-

ского эхокардиографического общества.

Определялись передне-задний размер левого предсердия (ЛП), передне-задний размер левого желудочка в диастолу (КДР) и систолу (КСР), передне-задний размеры правого предсердия (ПП) и правого желудочка (ПЖ), рассчитывались конечно-диастолический и конечно-систолический объёмы (КДО и КСО) левого желудочка, индексы КДО и КСО, ударный объём (УО), ударный индекс (УИ), минутный объём (МО), сердечный индекс (СИ), фракция выброса (ФВ) и степень укорочения передне-заднего размера левого желудочка (%ΔS).

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (Statoft Inc., США).

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнении определяемых средних показателей ЭхоКГ у мужчин и женщин (табл. 1) выявлено, что у мужчин по сравнению с женщинами дилатация полостей сердца более выражена (КДР, КСР, размеры ПП и ПЖ, за исключением размеров ЛП, показатели которых оказались одинаковы у мужчин и женщин), ниже показатели систолической функции миокарда левого желудочка (ФВ, %ΔS) и хуже показатели гемодинамики (КДО и КСО, индексы КДО и КСО, УО, УИ, СИ, за исключением МО, показатели которого также оказались одинаковы у мужчин и женщин).

При корреляционном анализе показателей ЭхоКГ больных ИКМП разных возрастов (рис. 1) выявлена прямая корреляция показателей размеров полостей сердца (размеры ЛП, ПП, ПЖ, КДР, КСР) и показателей гемодинамики (КДО, КСО, индексы КДО и КСО, УО, УИ, МО, СИ), слабая обратная корреляция показателей систолической функции миокарда левого желудочка (ФВ, %ΔS).

Из 50 обследованных больных ИКМП курящих было 19 человек (38%), некурящих – 31 человек (62%). При сравнительном анализе показателей ЭхоКГ у курящих и некурящих больных (табл. 2) выявлено, что у курильщиков все показатели хуже, чем у некурящих, т.е. у курящих дилатация камер сердца больше (размеры ЛП, ПП, ПЖ, КДР, КСР), показатели гемодинамики хуже (КДО, КСО, индексы КДО и КСО, УО, УИ, МО, СИ) и показатели систолической функции миокарда левого желудочка ниже (ФВ, %ΔS).

Среди обследованных больных злоупотребляли алкоголем 5 человек (10%), не злоупотребляли – 45 человек (90%). При сравнительном анализе выявлено, что у больных, злоупотребляющих алкоголем, хуже только показатели систолической функции миокарда левого желудочка (ФВ, %ΔS) и некоторые показатели гемодинамики, такие как УО, УИ, МО, СИ. Остальные же показатели не продемонстрировали существенного отрицательного влияния алкоголя (табл. 3).

Из 50 больных ИКМП ожирение наблюдалось у 19 человек (38%), отсутствовало ожирение у 31 человека (62%). При сравнительном анализе показателей ЭхоКГ у больных с ожирением и без него (табл. 4) выявлено, что у больных с ожирением хуже лишь некоторые показатели гемодинамики, такие как УО, УИ, МО и СИ. По остальным же показателям не выявлено отрицательного влияния.

Среди обследованных наряду с ИКМП диагностирована эссенциальная артериальная гипертония у 33 человек (67%), отсутствовала она у 17 человек (33%). Среди тех, кто страдал гипертонией, встречалась только 2 и 3 степень АГ, при этом 2 степень АГ – у 10 человек (29%), 3 степень АГ – у 23 человек (71%). При сравнительном анализе больных, страдающих гипертонией и без неё (табл. 5), у гипертоников хуже оказались только МО и СИ. По остальным же показателям не наблюдалось негативного влияния эссенциальной артериальной гипертонии. Но среди тех, кто страдал гипертонией (табл. 6) почти все показатели ЭхоКГ оказались хуже у больных с 3 степенью АГ по сравнению с больными, имеющими 2 степень АГ (за исключением показателей МО и СИ).

Таблица 1

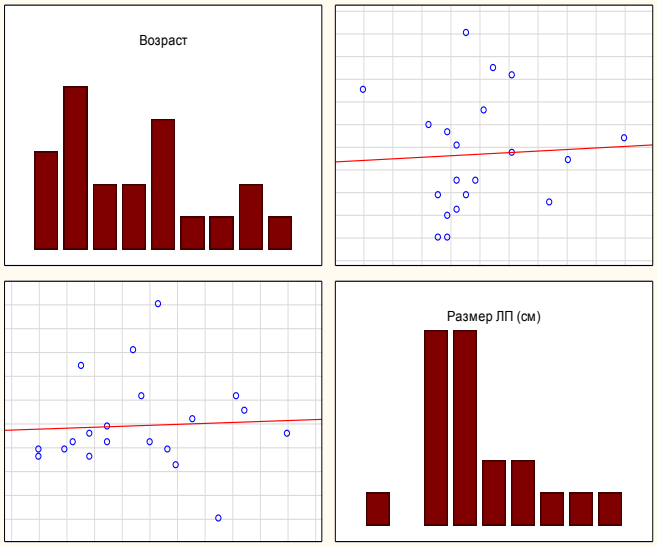
Сравнительный анализ больных ИКМП по данным ЭхоКГ в зависимости от пола

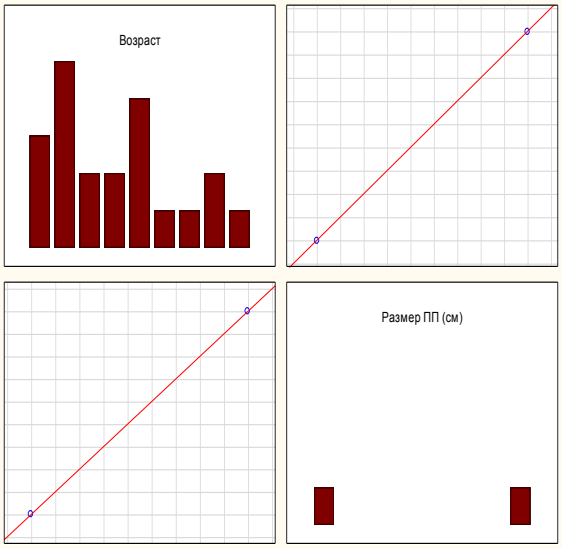
	Мужчины	Женщины
Размер ЛП (см)	4,7	4,7
Размер ПП (см)	4,8	4,3
КДР (см)	6,4	5,8
КСР (см)	5	4,1
КДО (мл)	212	169
КСО (мл)	122	77
Индекс КДО (мл/м²)	102	88
Индекс КСО (мл/м²)	60	41
%dS	22	31
ФВ%	43	56,5
УО (мл)	90	91
УИ (мл/м²)	43	48
МО (л/мин)	8,1	8,1
СИ (л/мин/м²)	3,9	4,2
Размер ПЖ (см)	3,6	3,1

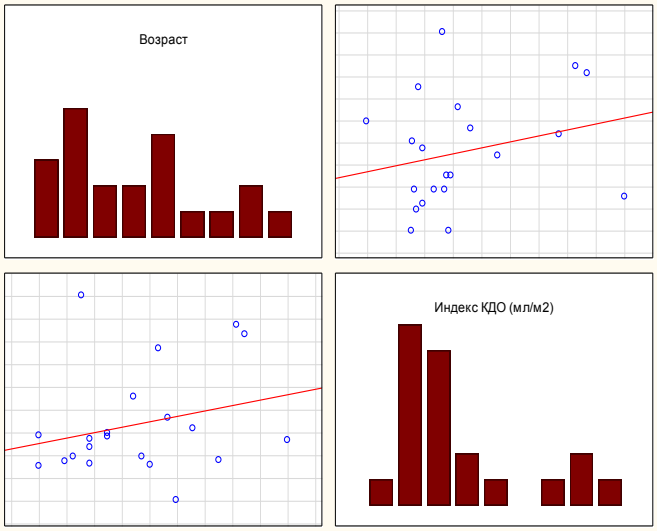
Таблица 2

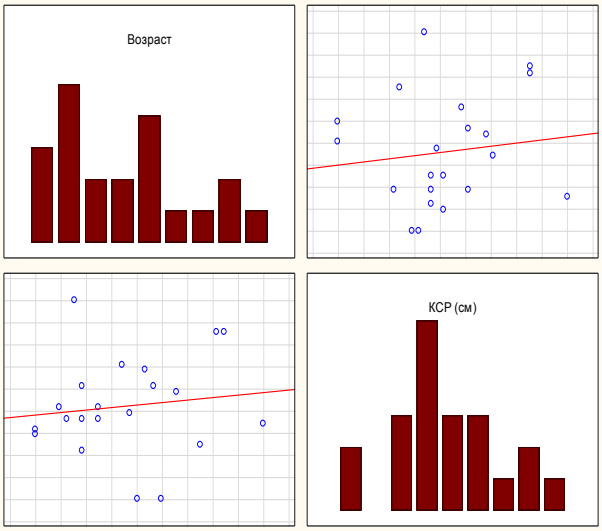
Сравнительный анализ больных ИКМП по данным ЭхоКГ в зависимости от наличия или отсутствия курения

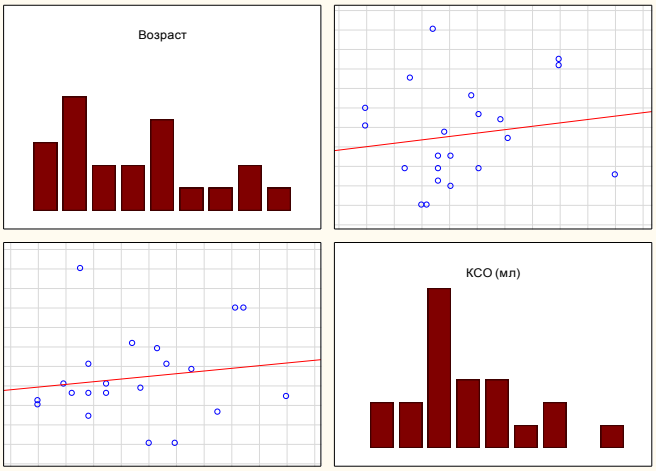
	Курящие	Некурящие
Размер ЛП (см)	4,9	4,7
Размер ПП (см)	4,8	4,6
КДР (см)	6,4	6,1
КСР (см)	4,9	4,6
КДО (мл)	208,5	194
КСО (мл)	117	104
Индекс КДО (мл/м²)	100	97
Индекс КСО (мл/м²)	56,5	53
%dS	23	25
ФВ%	45	48
УО (мл)	91	89
УИ (мл/м²)	43	45
МО (л/мин)	7,9	8,3
СИ (л/мин/м²)	3,7	4,1
Размер ПЖ (см)	4,1	3,9

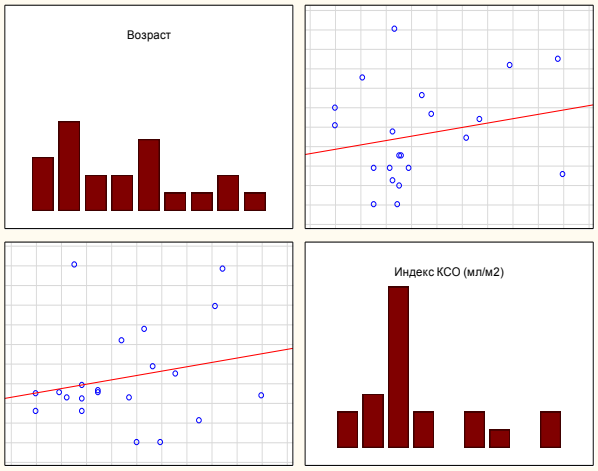

Возраст
Размер ЛП (см)

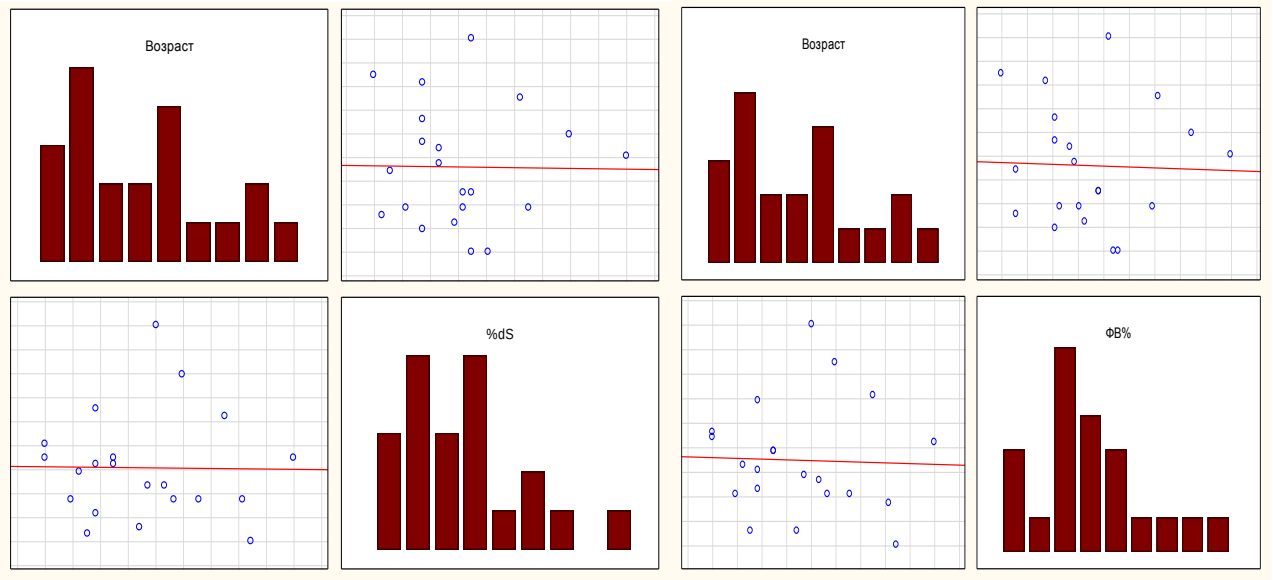

Возраст
Размер ПП (см)

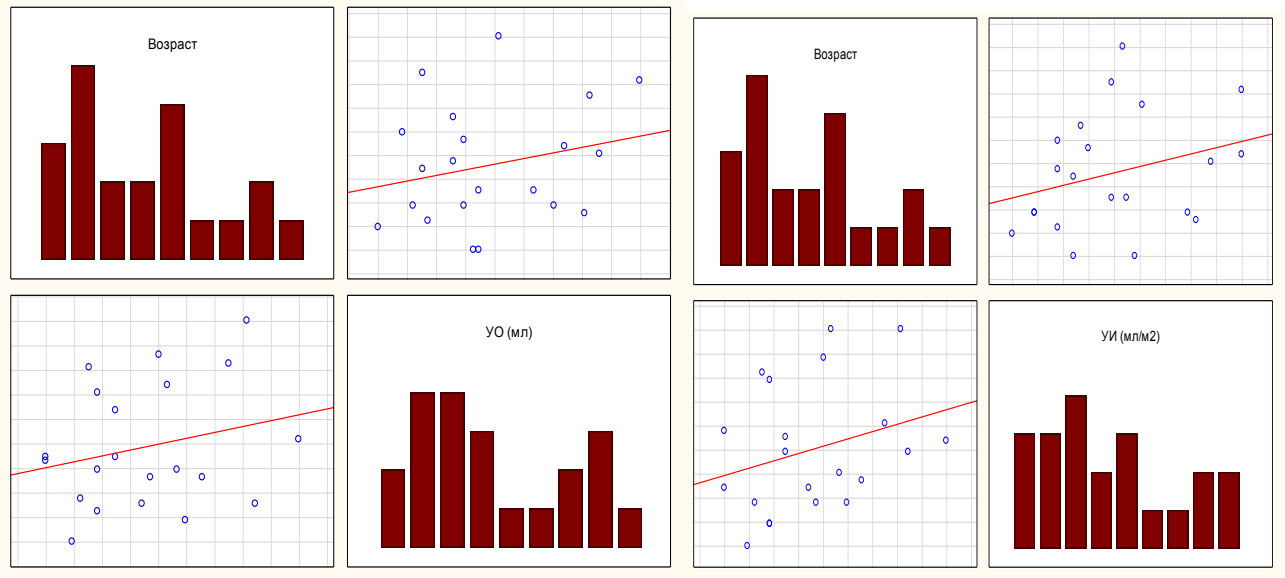

Возраст
Индекс КДО (мл/м2)


Возраст
КСР (см)


Возраст
КСО (мл)


Возраст
Индекс КСО (мл/м2)


Возраст
Возраст
%dS
ФВ%


Возраст
Возраст
УО (мл)
УИ (мл/м2)

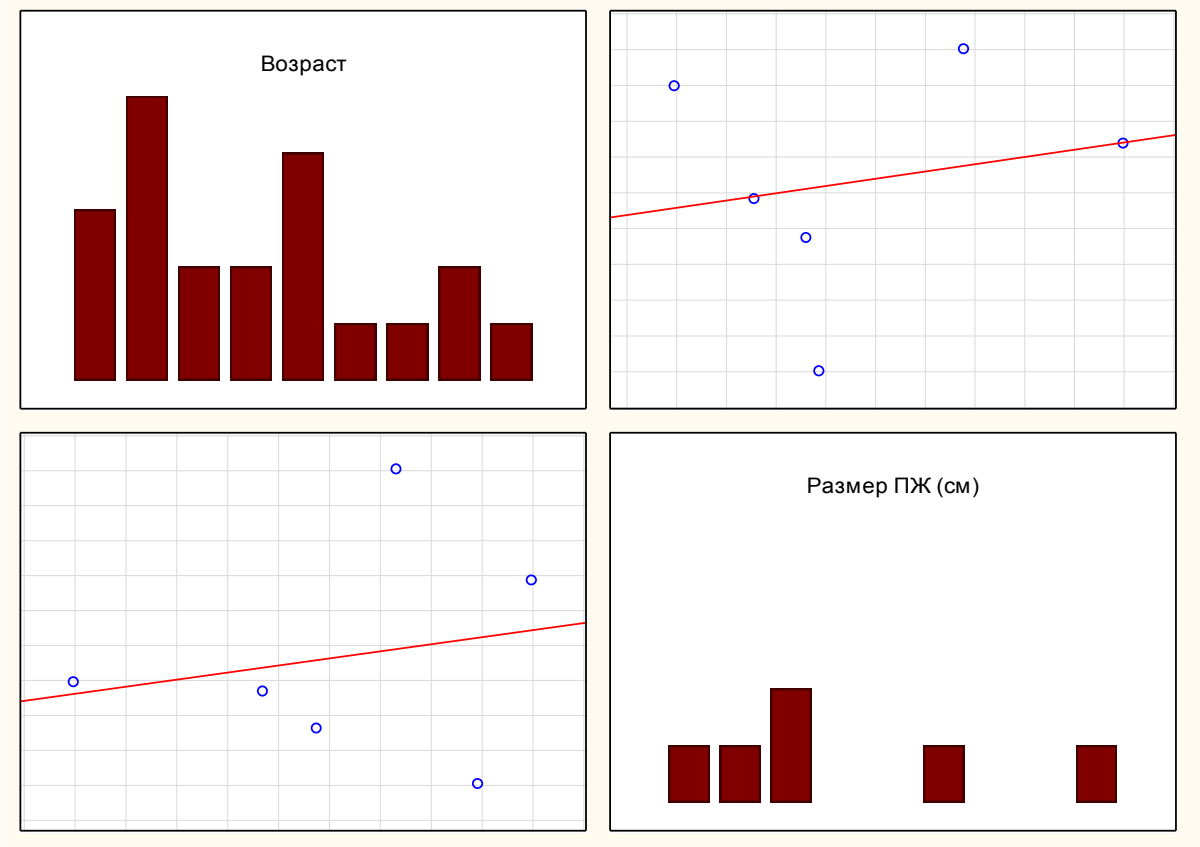


Рис. 1. Корреляционный анализ больных ИКМП по данным ЭхоКГ в зависимости от возраста.

Таблица 3

Сравнительный анализ больных ИКМП по данным ЭхоКГ в зависимости от наличия или отсутствия злоупотребления алкоголя

	Злоупотребляющие алкоголь	Незлоупотребляющие алкоголем
Размер ЛП (см)	4,3	4,7
Размер ПП (см)	4,2	4,6
КДР (см)	6,1	6,2
КСР (см)	4,8	4,7
КДО (мл)	188	201
КСО (мл)	108	109
Индекс КДО (мл/м²)	80,5	100
Индекс КСО (мл/м²)	46	55
%dS	21	25
ФВ%	43	48
УО (мл)	80	91
УИ (мл/м²)	34	45
МО (л/мин)	6	8,3
СИ (л/мин/м²)	2,5	4,1
Размер ПЖ (см)	3,2	3,4

Таблица 4

Сравнительный анализ больных ИКМП по данным ЭхоКГ в зависимости от наличия или отсутствия ожирения

	Ожирение есть	Ожирения нет
Размер ЛП (см)	4,4	4,9
Размер ПП (см)	4,2	4,3
КДР (см)	5,9	6,4
КСР (см)	4,4	4,9
КДО (мл)	174	216
КСО (мл)	90	121
Индекс КДО (мл/м²)	78	111
Индекс КСО (мл/м²)	40	63
%dS	25	24
ФВ%	49	46
УО (мл)	83	95
УИ (мл/м²)	37	48
МО (л/мин)	7,2	8,7
СИ (л/мин/м²)	3,2	4,5
Размер ПЖ (см)	3,7	3,2

Таблица 5

Сравнительный анализ больных ИКМП по данным ЭхоКГ в зависимости от наличия или отсутствия эссенциальной артериальной гипертонии

	Эссенц. АГ есть	Эссенц. АГ нет
Размер ЛП (см)	4,5	5,1
Размер ПП (см)	4,6	4,7
КДР (см)	6	6,6
КСР (см)	4,4	5,4
КДО (мл)	184	231
КСО (мл)	90	146
Индекс КДО (мл/м²)	88	119
Индекс КСО (мл/м²)	43,1429	76
%dS	27	18,8571
ФВ%	52	37
УО (мл)	93	85
УИ (мл/м²)	45	43
МО (л/мин)	8,1	8,2
СИ (л/мин/м²)	3,9	4,2
Размер ПЖ (см)	2,5	2,6

Таблица 6

Сравнительный анализ больных ИКМП по данным ЭхоКГ в зависимости от степени АГ

	2 степень АГ	3 степень АГ
Размер ЛП (см)	4,2	4,7
Размер ПП (см)	4,3	5
КДР (см)	5,5	6,2
КСР (см)	3,5	4,7
КДО (мл)	152	196
КСО (мл)	51	106
Индекс КДО (мл/м²)	74	93
Индекс КСО (мл/м²)	25	50
%dS	37	23
ФВ%	66	46
УО (мл)	99	90
УИ (мл/м²)	49	43
МО (л/мин)	8,1	8,1
СИ (л/мин/м²)	3,9	3,8
Размер ПЖ (см)	2,7	4,8
%dS	37	23
ФВ%	66	46
УО (мл)	99	90
УИ (мл/м²)	49	43
МО (л/мин)	8,1	8,1
СИ (л/мин/м²)	3,9	3,8
Размер ПЖ (см)	2,7	4,8

Выводы.

1. Выявлены гендерные особенности течения ИКМП. У мужчин все определяемые нами показатели ЭхоКГ оказались хуже, чем у женщин.
2. Также выявлены возрастные особенности течения ИКМП. Установлено, что с увеличением возраста больных дилатация камер сердца становится больше, а показатели гемодинамики – хуже. В то же время систолическая функция миокарда левого желудочка хоть и снижалась с возрастом, но это снижение было незначительным.
3. Курение, как фактор риска, оказывает сильное негативное влияние на течение ИКМП.
4. Злоупотребление алкоголем отрицательно влияет на систолическую функцию миокарда левого желудочка, но на степень дилатации камер сердца влияния не оказывает.
5. Ожирение существенно не влияет на течение ИКМП, приводя к ухудшению лишь некоторых показателей гемодинамики.
6. Эссенциальная артериальная гипертония, как сопутствующее заболевание, также не оказала существенного влияния на течение ИКМП. Но в то же время среди тех, кто страдал гипертонией, увеличение степени АГ приводило к усугублению всех показателей, из чего можно сделать вывод, что у больных ИКМП с сопутствующей эссенциальной артериальной гипертонией необходимо стремиться к снижению степени АГ при проведении медикаментозной терапии.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А.Т. Бейбалаева - аспирант, А.М. Каримова - ассистент

Кафедра госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н.Маммаев

Актуальность. Результаты последних эпидемиологических исследований свидетельствуют о неуклонном росте сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП) у больных с метаболическим синдромом (МС). Тесная корреляция между МС и ХБП,

доказанная в крупных клинических исследованиях, в значительной степени усугубляет риск негативных исходов. При этом МС является одним из состояний, при которых может наблюдаться «бессимптомный» вариант хронической болезни почек (ХБП). Таким образом, проблема маркеров раннего поражения почек в рамках ведения больных МС приобретает особое значение.

Немалую роль в прогрессировании гломерулярных поражений почек играет нарушение функции эндотелия. Так, одним из факторов прогрессирования ХБП является нарушение зависимой от эндотелия вазодилатации. Выраженная дисфункция эндотелия является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений и смертности от них.

Цель исследования: определение ранних маркеров поражения почек у больных с МС и оценка взаимоотношения между показателями раннего поражения почек и нарушением функции эндотелия.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 47 пациентов с МС, страдающие артериальной гипертензией (АГ), 23 (48,8%) мужчины и 24 (51,1%) женщины, в возрасте от 47 до 59 лет (средний возраст 53,8±3,3 года). Из исследования исключались пациенты с сахарным диабетом (СД) 1-го и 2-го типов, с заболеваниями почек в анамнезе, пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/м² и вторичными формами артериальной гипертензии. В качестве контрольной группы вошли 20 практически здоровых лиц, 8 (40,0%) мужчин и 12 (60,0%) женщин, средний возраст которых составил 52,5±3,7 года. Группы были сравнимы по полу и возрасту ($p>0,05$).

Диагноз МС устанавливался в соответствии с критериями согласительного документа рабочей группы международных профессиональных сообществ 2009 г. При включении больных в исследование учитывались классификационные критерии ХБП согласно национальным рекомендациям 2011 г.

Всем пациентам в начале исследования проводили общеклиническое обследование, измерение офисного артериального давления (АД) по Короткову, суточное мониторирование АД (СМАД), электрокардиографию (ЭКГ), ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий.

Уровень мочевой экскреции мочи (МЭА) определяли в разовой порции методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа - с использованием иммуноферментных наборов «ORGENTEC» (Австрия). Содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови больных и пациентов контрольной группы выявили методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-наборов «Эндотелин 1–21» («Biomedica Medizinprodukte GmbH&co», Австрия). Для оценки степени резистентности к инсулину использовали малую модель гомеостаза с определением индекса инсулинорезистентности (ИР) (HOMA-IR). Использовались значения глюкозы и инсулина сыворотки крови натощак. Фильтрационную функцию почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации, которую определяли расчетным методом по формуле CKD-EPI с учетом возраста, пола, этнической принадлежности пациентов и уровня эндогенного креатинина крови.

Статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов проводилась с помощью программы Statistica for Windows 6.1 (StatSoft Inc.). Качественные признаки описывались с помощью абсолютных и относительных (%) показателей. Количественные – с помощью медианы (Me) и квартилей (Me [25-й; 75-й процентили]). Статистическая достоверность различий между группами определялась методом Манна-Уитни; уровень достоверности был принят как достаточный при $p<0,05$. При проведении корреляционного анализа применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена - (R).

Результаты исследования и их обсуждение. Уровень тощаковой глюкозы согласно критериям включения не превышал 5,6 ммоль/л и в среднем составил 5,6 [5,1; 5,5] ммоль/л. Однако у всех больных отмечалась резистентность к инсулину, IR-HOMA составил 4,6 [3,4; 5,0]. В контрольную группу лица с резистентностью к инсулину не включались, IR-HOMA - 1,7 [1,6; 2,0]. Абдоминальное ожирение отмечалось у всех больных, обхват талии у женщин составил 111,8 [110,0; 115,0] см, у мужчин – 116,4 [115,0; 119,0] см, ИМТ в среднем 35,0 [32,5; 36,5]. Также у всех пациентов наблюдалась артериальная гипертензия: уровень систолического давления в среднем достигал 155,0 [149,0; 160,0] мм. рт. ст., диастолического -

90,0 [90,0; 95,0] мм. рт. ст. Повышенный уровень холестерина был выявлен у 35 (74,5%) пациентов, в среднем уровень холестерина составил 6,4 [6,0; 6,7] ммоль/л, липопротеидов низкой плотности - 4,0 [3,7; 5,7]. У 41 (87,2%) больного отмечался повышенный уровень триглицеридов, в среднем 2,5 [1,8; 2,6] ммоль/л.

Из 47 исследуемых пациентов у 11 было выявлено превышение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, составивший 1,2 [1,0; 1,3] мм. Толщина межжелудочковой перегородки превышала нормальные физиологические значения у 10 (21,3%) и в среднем составила 1,1 [1,0; 1,2] см.

Соответственно целям работы из исследования исключались пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 $м^2$. У 7 (14,9%) была выявлена гиперфильтрация, оптимальная фильтрация – у 16 (34,0%), незначительно сниженная скорость клубочковой фильтрации - у 24 (51,1%). Уровень креатинина в среднем составил 82,0 [78,0; 87,0] мкмоль/л. В то же время у больных МС было выявлено статистически достоверное превышение выделения МЭА в разовой порции по сравнению с контрольной группой (9,0 [5,2; 12,2] мкг/мл и 3,3 [2,6; 4,9 мкг/мл, соответственно; $p<0,001$).

Также повышение уровня ЭТ-1 у больных основной группы, по сравнению с контрольной (3,8 [1,5; 8,0] фмоль/мл и 1,6 [0,9; 2,3] фмоль/мл, соответственно; $p=0,012$), может косвенно свидетельствовать о развитии у больных основной группы эндотелиальной дисфункции.

При проведении корреляционного анализа выявлена прямая корреляция уровня МЭА и ЭТ-1 ($R=0,47$; $p=0,005$). Также выявлена прямая корреляция уровня МЭА с IR-HOMA ($R=0,69$; $p<0,008$), толщиной межжелудочковой перегородки ($R=0,80$; $p<0,001$) и систолическим артериальным давлением ($R=0,45$; $p=0,026$). Подобные зависимости отмечены и для уровня ЭТ-1: IR-HOMA2 ($R=0,77$; $p<0,001$), с толщиной межжелудочковой перегородки ($R=0,65$; $p=0,001$) и систолическим артериальным давлением ($R=0,43$; $p=0,038$).

Выводы.

1. У больных с метаболическим синдромом, помимо известных проявлений, могут быть и нарушения функционального состояния почек и эндотелия, на ранних стадиях проявляющиеся изменением скорости клубочковой фильтрации, повышением уровня мочевой экскреции альбумина и увеличением концентрации эндотелина-1 в крови.
2. Установлена прямая корреляция между эндотелином-1 и уровнем мочевой экскреции альбумина ($r=0,47$; $p=0,005$) у больных с метаболическим синдромом.
3. Выявлены достоверные корреляционные взаимосвязи между уровнем мочевой экскреции альбумина и индексом инулинорезистености (IR-HOMA) ($r=0,69$; $p<0,008$), толщиной межжелудочковой перегородки ($r=0,80$; $p<0,001$) и систолическим артериальным давлением ($r=0,45$; $p=0,026$).

РОЛЬ ID ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Э.А. Касаева– ассистент, С.Н. Маммаев

Кафедра госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Цель исследования: изучение влияния полиморфизма гена ангиотензин- превращающего фермента (ACE) на формирование и прогрессирование хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии у населения Республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 44 больных ХСН 1-4 ФК по NYNA, ишемической этиологии, в возрасте от 55 до 65 лет, находящихся на стационарном лечении в 1-ом кардиологическом отделении Республиканской клинической больницы Республики Дагестан (г. Махачкала). Контрольная группа составила 15 практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65 лет. У всех участников исследования было взято информированное согласие на обезличенную обработку данных обследования в научных целях. Группы были сравнимы по возрасту, полу, доли курящих и лиц с повышенной массой тела и ожирением.

При оценке тяжести ХСН использовалась функциональная классификация, предложенная в 1964 году Нью-Йоркской ассоциацией сердца (New York Heart Association - NYHA). Для объ-

ективизации функционального класса (ФК) ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы. Для оценки систолической функции миокарда левого желудочка использовались следующие эхокардиографические показатели: фракция выброса (ФВ), конечно-систолический и конечно-диастолический размер (КСР и КДР), степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка (%ΔS).

Исследование ID полиморфизма гена ACE проводилось методом полимеразной цепной реакции с использованием наборов тест-систем в лаборатории медицинского центра "Гепар" (г. Махачкала).

Проверка соответствия распределения генотипов закону Харди-Вайнберга и оценка статистической достоверности различий качественных признаков проводилась методом $\chi 2$, при необходимости – с помощью одностороннего точного критерия Фишера. Оценка статистической достоверности различий количественных признаков в более чем 2-х группах проводилась методом Краскел-Уоллиса, в 2-х группах – методом Манна-Уитни. Уровень достоверности был принят как достаточный при $p < 0,05$; в случае множественных сравнений использовалась поправка Бонферрони, в этом случае p определялось как $p=0,05/n$, где n – количество парных сравнений на одном и том же массиве данных.

Результаты исследования. На основании генетического типирования частота генотипа II гена ACE у обследованных жителей Республики Дагестан – 35,6%, DD – 23,7% и ID – 40,7%. Распределение генотипов отвечало закону Харди-Вайнберга.

В исследуемой выборке отмечалось более частое развитие ХСН у носителей аллели D гена ACE, по сравнению с носителями аллели I (66,7% и 84,6% соответственно, p=0,044). Среди пациентов, страдающих ХСН, отмечается меньшее количество лиц с генотипом II по сравнению со здоровыми лицами (12 (27,5%) и 9 (60,0%) соответственно); с учетом множественности сравнений различия находятся на уровне статистической тенденции (p=0,025). Различия между больными ХСН и контрольной группой для носителей гена DD (12 (27,3%) и 2 (13,3%) соответственно; p=0,233) и гена ID (20 (45,5%) и 4 (26,7%) соответственно; p=0,165) значимого уровня не достигли

Также выявлено, что у больных ХСН носительство аллели D ассоциировано с более высоким по сравнению с носителями аллеля I уровнем липопротеидов низкой плотности (4,6 [2,6; 5,0] ммоль/л и 3,9 [2,1; 4,0] ммоль/л соответственно; p=0,048). В основной группе I у носителей аллели отмечалась тенденция лучшей систолической функции миокарда левого желудочка. Так, уровень фракции выброса у подобных пациентов составил 57,0 [55,0; 58,0] % по сравнению с таковым у носителей аллели D (51,0 [49,5; 54,0] %, p=0,44) и степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка 28,0 [27,0; 29,0] % и 26,5 [23,0; 26,0] соответственно (p=0,046). Статистически значимых различий на уровне генотипов выявлено не было, что, возможно, связано с недостаточным объемом выборки.

На данном этапе исследования значимых различий в величине КСР и КДР и отношения ранней фазы заполнения левого желудочка к предсердному компоненту его диастолического заполнения не было выявлено ни на уровне аллелей, ни на уровне генотипа.

Выводы

На основании проведенного исследования выявлены следующие закономерности.

1. Отмечается тенденция к ассоциации аллели D гена ACE с повышением вероятности развития ХСН ишемической этиологии.

2. Носительство аллели D ассоциировано с более высоким уровнем липопротеидов низкой плотности, более низкой фракцией выброса и меньшей степенью укорочения переднезаднего размера левого желудочка.

ИШЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ

Д.З. Панахова - клинический ординатор

Кафедра госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.Ш. Хасаев

Актуальность. На сегодняшний день кардиомиопатии остаются одними из наименее изученных кардиологических заболеваний. Наряду с другими типами кардиомиопатий в настоящее время выделяют ишемическую дилатационную кардиомиопатию.

Ишемическая кардиомиопатия (ИКМП) – заболевание миокарда, проявляющееся кардиомегалией и симптомами застойной сердечной недостаточности (СН), обусловлено множественным атеросклеротическим поражением эпикардиальных или интрамуральных ветвей коронарных артерий.

Патогенез заболевания включает несколько важных механизмов: гипоксию сердечной мышцы вследствие снижения коронарного кровотока в связи с атеросклеротическим процессом в коронарных артериях и снижением объёма кровотока на единицу массы миокарда в результате его гипертрофии и уменьшения коронарной перфузии в субэндокардиальных слоях; гибернацию миокарда – локальное снижение сократительной способности миокарда левого желудочка, вызванное его длительной гипоперфузией; ишемическую контрактуру миофибрилл миокарда, которая развивается вследствие недостаточного кровоснабжения, способствует нарушению сократительной функции миокарда и развитию СН; ишемизированные участки миокарда во время систолы растягиваются с развитием в последующем дилатации полостей сердца; ремоделирование желудочков (дилатация, гипертрофия миокарда, развитие фиброза); развивается гипертрофия кардиомиоцитов, активируются фибробласты и процессы фиброгенеза в миокарде; диффузный фиброз миокарда участвует в развитии СН; апоптоз миокарда активируется вследствие ишемии и способствует наступлению сердечной недостаточности и развитию дилатации полостей.

В развитии заболевания участвуют факторы, играющие важную роль в патогенезе хронической сердечной недостаточности (ХСН): дисбаланс в продукции эндотелием вазоконстрикторов и вазодилататоров с недостаточным синтезом последних, активация нейрогормональных факторов, гиперпродукция цитокинов, фактора некроза опухоли.

Клиническая картина в типичных случаях характеризуется триадой симптомов:

1) стенокардией напряжения,
2) кардиомегалией,
3) ХСН.

У многих больных отсутствуют клинические признаки стенокардии. Возможно, у таких пациентов имеет место безболевая ишемия миокарда, не диагностированная ранее.

Клиническая симптоматика ХСН не имеет каких-либо специфических особенностей и в основном идентична проявлениям СН у больных идиопатической дилатационной кардиомиопатией. Сердечная недостаточность быстрее прогрессирует при ишемической кардиомиопатии по сравнению с дилатационной кардиомиопатией. Обычно речь идёт о систолической форме СН, но возможно развитие диастолической СН или сочетания обеих форм.

Цель исследования: сравнительный анализ больных ИКМП и идиопатической дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 50 больных, страдающих ИКМП, в возрасте от 49 до 78 лет (средний возраст 60,5 ±8,1 лет) и 10 больных, страдающих ДКМП, в возрасте от 29 до 50 лет (средний возраст 40,5 ±7,3 лет), находящихся на стационарном лечении в 1-ом кардиологическом отделении РКБ г. Махачкалы. Среди больных ИКМП мужчин было 36 человек (72%), женщин – 14 человек (28%), а среди больных ДКМП мужчин было 7 человек (70%), женщин – 3 человека (30%).

Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование на аппаратах «Vivid 7 Pro» и «TOSHIBA Aplio» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе больных ИКМП и ДКМП были получены следующие результаты.

Признаки	ДКМП	ИКМП
Средний возраст больных	40,5 ±7,3 лет	60,5 ±8,1 лет
Указания в анамнезе на стенокардию	отсутствуют	31 человек (62%)
Связь начала клинических проявлений СН с перенесенной инфекцией	6 человек (60%)	отсутствуют
Семейный характер заболевания	4 человека (40%)	2 человека (4%)

Наличие приступов стенокардии в настоящее время	отсутствуют	31 человек (62%)
Безболевая ишемия миокарда	отсутствуют	19 человек (38%)
Дилатация левого желудочка	10 человек (100%)	50 человек (100%)
Дилатация правого желудочка	9 человек (90%)	28 человек (56%)
Наличие зон локальной гипокинезии миокарда при ЭхоКГ	2 человека (20%)	45 человек (90%)
Эхокардиографические признаки атеросклероза аорты	отсутствуют	50 человек (100%)
Снижение ФВ	10 человек (100%)	50 человек (100%)
Наличие признаков атеросклероза при внешнем осмотре больного	отсутствуют	50 человек (100%)

Выводы. При сравнительном анализе больных ИКМП и ДКМП выявлено, что больные ДКМП моложе, чем больные ИКМП; для ДКМП больше характерен семейный характер заболевания, чем для ИКМП; при ДКМП дилатация камер сердца более выражена, чем при ИКМП; для ИКМП больше характерна гипокинезия миокарда, чем при ДКМП.

УДК 616.36-008.6-056.7-07

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ (СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ИНТЕРНИСТА

Л.Н. Мусаева - клинический ординатор, А.С. Абасова

Кафедра госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. Э.М. Эседов

Резюме. Синдром Жильбера часто носит бессимптомный характер, либо скрыт под масками иных заболеваний гепатобилиарной системы, в связи с чем необходима его ранняя диагностика.

Ключевые слова: непрямая гипербилирубинемия, уридин-дифосфат-глюкуронилтрансфе раза, прямой ДНК-диагностика.

Summary. Gilbert syndrome is often asymptomatic, or hidden under the masks of other diseases of the hepatobiliary system, and therefore need its early diagnosis.

Key words: indirect hyperbilirubinemia, uridine-diphosphate-glucuronyltransferase, direct DNA diagnostics.

Актуальность. Актуальность выбранной нами темы обусловлена поздней диагностикой синдрома Жильбера в практике врача-интерниста. Синдром Жильбера (СЖ) (синонимы: доброкачественная непрямая гипербилирубинемия, конституциональная печеночная дисфункция) — наследственное заболевание, с аутосомно-рецессивным типом наследования [6], обусловленное rs8175347 мутацией гена UGT1A1, кодирующего фермент уридин-дифосфат-глюкуронилтрансферазу (UGT1A1), ответственный за глюкуронизацию билирубина [1]. Распространенность СЖ составляет от 5% до 10% в разных популяциях [10]. При синдроме Жильбера соотношение мужчин и женщин составляет 3–4:1 [2,3,4]. Считается, что преобладание лиц мужского пола связано с ингибирующим действием тестостерона на УГТ 1А1 и образованием большего количества билирубина у мужчин [5]. Синдром Жильбера, как правило, является диагнозом исключения. Гепатомегалия зачастую является первым симптомом, с которым на практике сталкивается врач-интернист. В биохимическом анализе крови характерно повышение уровня общего билирубина за счет свободной фракции [7]. Прямая ДНК-диагностика синдрома Жильбера путем исследования промоторной области гена UGT1A1 обладает 100% чувствительностью и специфичностью [8]. Специальные диагностические пробы: 1) проба с голоданием; 2) проба с никотиновой кислотой. 3) проба с фенобарбиталом. 4) пифампициновая проба. Инструментальные методы [9]: 1) ультразвуковое исследование (УЗИ) орга-

нов брюшной полости; 2) компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости; 3) биопсия печени; 4) эластография.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости синдрома Жильбера у больных, поступивших с холестатическим синдромом неясного генеза и умеренной гепатомегалией в отделение гастроэнтерологии Республиканской клинической больницы (РКБ) г. Махачкалы за последние семь лет (с 2009 по 2016 годы).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 50 больных, поступивших с холестатическим синдромом неясного генеза и умеренной гепатомегалией в отделение гастроэнтерологии РКБ за последние 7 лет. Возраст больных составлял от 15 до 50 лет. У 12 из обследованных методом прямой ДНК-диагностики был верифицирован диагноз непрямой гипербилирубинемии. ДНК-диагностика синдрома Жильбера была проведена посредством отсылки крови пациентов за пределы нашей больницы в лаборатории г. Москвы (Литех, ИНВИТРО). Среди обследованных: 58,33% составляли мужчины и 41,67%— женщины. Средний возраст пациентов — 29+9 лет. В группе обследованных контингент работающих составил 33,33%, безработных — 66,67%. Диагностика синдрома Жильбера основывалась на данных клинической симптоматики и лабораторно-инструментальных результатов: общий анализ крови; биохимический анализ крови: глюкоза, ЩФ, общий белок, АСТ, АЛТ, общий билирубин и его фракции, холестерин; генетический анализ на маркеры синдрома Жильбера; анализ крови на маркеры вирусных гепатитов В и С (HBsAg, HCV), УЗИ органов брюшной полости, проба с голоданием.

Результаты исследования. В большинстве случаев клиническая симптоматика синдрома Жильбера развивалась в возрастной категории 15—35 лет, без предшествующего вирусного гепатита (75%). Больных на фоне вирусного гепатита оказалось 25%. Основными жалобами больных явились: тяжесть в правом подреберье (65%), явления диспепсии (70%), субфебрилитет (80%). Объективно у всех пациентов отмечался желтушный синдром различной интенсивности — от субиктеричности кожи и слизистых склер (65%) до выраженной окраски (35%). Уровень билирубина составлял: общий — 25-90 ммоль/л, непрямой — 22-85 ммоль/л, прямой — 2-5 ммоль/л. Остальные показатели печеночного профиля (общий белок, АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин) у пациентов были в пределах нормы. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в 45% случаев обнаруживалось увеличение печени. При генетическом анализе синдрома Жильбера у 24% больных (12 человек) результат оказался положительным (+). При проведении пробы с голоданием у 12 человек (24 %) отмечалось увеличение непрямой фракции билирубина.

Выводы. Исходя из данных проведенного исследования, пациенты с синдромом Жильбера встречаются нечасто (за 7лет — 12 больных). Однако, учитывая возможность бессимптомного течения болезни (30%) и завуалированности ее другими заболеваниями, абсолютный процент заболевших может быть выше. Несвоевременная диагностика синдрома Жильбера приводит к ухудшению качества жизни пациентов. В связи с чем важно улучшать подготовку молодых специалистов по данной нозологии, необходимую для коррекции образа жизни и предупреждения возможных осложнений со стороны гепатобилиарной системы (желчнокаменная болезнь, дуоденальные язвы) и системы кроветворения.

Литература

1. MaruoY, D'Addario C, Mori A, et al. Two linked polymorphic mutations (A(TA)7TAA and T- 3279G) of UGTlAlas the principal cause of Gilbert syndrome. Hum Genet. Nov 2004; 115 (6):525-6.

2. Gilbert A, Lereboullet P. La cholemie simple familiale. SemaineMedicale 1906; 21:241-5. 2. ШерлокШ.,ДулиДж. Заболевания печени и желчных путей / Пер. с англ. М: ГЭОТАР-Медиа, 1999.

3.Sherlok SH., Duli G. Liver diseases and biliary tracts / English Transl. M: GEOTAR-Media, 1999.

4. Podymova S.D. Liver diseases: Manual for doctors. M.: Medicine, 1998.

5. Muraca M, Fevery J. Influence of sex and sex steroids on bilirubin-uridinediphosphateglucuronosyltransferase activity of rat liver. Gastroenterology 1984. 87:308.

6. Zhang D, Chando NJ, Everett DW, et al. In vitro ingibition of UDPglucuronosyltransferases by atazanavir and other HIV protease ingibitors and the relationship of the property to in vivo bilirubin glucuronidation. Drug MetabDispos 2005. 33 (11):1729-39.

7. Еселев М.М. Синдром Жильбера / М.М. Еселев, П.Г. Сцепуро. — Саратов: Изд-во Саратов, ун-та, 1991. - 68 с.
8. Назаренко Т.Н., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. - М.: Медицина, 2006. - 544с.
9. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. (ред.) Гастроэнтерология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 754 с.
10. Курилович С.А., Немцова Е.Г., Кручинина М.В., Максимов В.Н. /Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. - (Т.133) №9.- С.32-37.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1β И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Д.С. Акбиева. – ассистент
Кафедра госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - д.м.н., проф. Э.М. Эседов

Актуальность. Во многих научных исследованиях, проведенных в последние годы, отмечено, что в иммуногенезе хронических заболеваний гастродуоденальной зоны (хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) важная роль принадлежит про- и противовоспалительным цитокинам, участвующим в инициации и регуляции воспалительно-деструктивных и иммунных реакций на системном и местном уровнях. Однако имеющиеся данные в основном касаются исследования их в сыворотке крови [1, 2, 5]. Между тем очевидна ограниченность получаемой информации о состоянии цитокинового статуса в крови, поскольку цитокины в первую очередь регулируют развитие местных воспалительных, иммунных реакций в тканях [3]. В этой связи представляет значительный клинической интерес изучение цитокинового статуса пищеварительных секретов, в частности в желудочном соке при заболеваниях гастродуоденальной зоны, что в значительно большей степени, чем в крови, будет отражать характер, выраженность воспаления, ориентировать в отношении типа иммунологической реакции и уровня местной защиты.

Цель исследования: определение содержания провоспалительных цитокинов (IL-1β,TNF-α) в желудочном соке и сравнительная оценка показателей их у больных хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовано 106 больных (возраст – от 20 до 55 лет) заболеваниями гастродуоденальной зоны: 54 – хроническим (антральным) гастритом и 52 – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Для выполнения поставленных целей и задач обследование проводили в стадии обострения до начала лечения и после проведенного лечения в стадии клинико-эндоскопической ремиссии. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц (средние уровни провоспалительных цитокинов в желудочном соке у них составили: IL-1β – 24,8±1,6 пг/мл, TNF-α – 27,9±1,8 пг/мл).

Диагнозы хронического гастрита и язвенной болезни устанавливали на основании анамнестических данных и эзофагогастродуоденоскопии. Уровни провоспалительных цитокинов (IL-1β,TNF-α) в тощаковой порции желудочного сока определяли методом иммуноферментного анализа по общепринятой методике тест-системами фирмы «Вектор-Бест» [4].Желудочный сок забирали натощак, до завтрака, не менее чем через 12 часов после последнего приема пищи, без применения стимуляторов.

Статистическую обработку результатов проводили на компьютере с помощью статистического пакета программы «Биостат» с вычислением значений средней арифметической (М), средней ошибки средней арифметической (м). Различия оценивали как достоверные при $P<0,05$.

Результаты исследования. Средние уровни (пг/мл) провоспалительных цитокинов IL-1β и TNF-α в желудочном соке в период обострения больных хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки значительно превышали показатели контрольной группы. У больных хроническим гастритом среднее значение IL-1β составило 62,6±2,2, TNF-α – 34,4±1,8 пг/мл, а у больных язвенной болезнью – соответственно 48,5±1,9 и 47,7±2,0 пг/мл.

При обследовании больных после проведенного лечения (ингибиторы протонной помпы в сочетании с антибактериальными препаратами) отмечено существенное снижение уровня провоспалительных цитокинов в желудочном соке одновременно с положительной динамикой клинических и эндоскопических показателей в обеих группах. У больных хроническим гастритом среднее значение IL-1β составило 32,4±1,6, TNF-α – 30,6±1,2 пг/мл, а у больных язвенной болезнью – соответственно 31,7±1,3 и 34,2±1,5 пг/мл. Тенденция к нормализации показателей цитокинов в желудочном соке у больных свидетельствует, с одной стороны, об эффективности проводимой терапии, с другой стороны, о незаконченности воспалительного процесса в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

Таким образом, результаты исследования показывают, что у больных хроническим гастритом в период обострения, по сравнению с больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, отмечается более высокий уровень цитокина IL-1β, а у больных язвенной болезнью, наоборот, – более высокий уровень TNF-α. Повышение IL-1β, по всей видимости, отражает в большей степени активность воспалительного процесса, а TNF-α – глубину поражения слизистой оболочки. В то же время неполная нормализация уровней IL-1β и TNF-α после проведенного лечения свидетельствует о незаконченности воспалительного процесса в гастродуоденальной слизистой оболочке, что требует дополнительной терапевтической коррекции.

Вывод. У больных хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в период обострения имеет место повышение продукции провоспалительных цитокинов в желудочном соке, что может быть связано с активностью воспалительных и деструктивных изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны. Определение цитокинов в динамике (в период ремиссии) позволит оценить эффективность проведенного лечения и определить прогноз заболевания.

Литература

1. Степченко А.А. и др. Уровень про- и противовоспалительных цитокинов, фенотип окислительного метаболизма у больных язвенной болезнью, ассоциированной с различными штаммами Helicobacter pylori. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2010. № 3. С. 134-139.

2. Матвеева Л.В. и др. Интерлейкиновый профиль крови в сопоставлении с выраженностью воспалительного, атрофического и ульцерозного процессов в слизистой оболочке желудка. Фундаментальные исследования. 2013. № 7-1. С. 133-137.

3. Риккен Карл-Хайнц. Воспаление: ключевая функция процесса излечения. Арнебия. 2005. 71 с.

4. Орадова А.Ш. и др. Методы исследования цитокинов. Medicine. 2014. №10. С. 84-87.

5.Галова Е.А. и др. Значение цитокинов в патогенезе хронического гастродуоденита у детей дошкольного возраста. 2008. Т. 7, № 1. С. 48-51.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНОЙ И РАВНИННОЙ МЕСТНОСТИ

А.И. Рамазанова – молодой ученый

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала,
ГБУ РД «Республиканский медицинский центр», г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. К.А. Масуев

Актуальность. Проблема артериальной гипертонии (АГ) остается одной из самых значимых в здравоохранении во всем мире и является одной из частых причин развития хронической сердечной недостаточности (ХСН), особенно у лиц пожилого возраста. Клиника сердечной недостаточности (СН) у пациентов 65-74 лет встречается в 4-5%, а старше 75 лет достигает 10 % [1]. Известно, что с возрастом увеличивается число больных АГ и у лиц старше 65 лет встречается в 50% случаев. Диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ формируется на ранних этапах нарушения внутрисердечной гемодинамики и диагностируется у 30-40% больных с симптомами СН с сохраненной систолической функцией миокарда [2-4,7]. Своевременная диагностика ДД позволит предупредить в последующем снижение сократительной функции ЛЖ [5]. При мно-

гих заболеваниях сердца развивается дисфункция обоих желудочков в результате межжелудочкового взаимодействия.

У лиц, проживающих в условиях горной местности, вследствие длительного воздействия гипоксии развивается высотная легочная гипертензия, что приводит в последующем к развитию ДД правого желудочка и его гипертрофии [6].

Работ, посвященных изучению изменений внутрисердечной гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста с АГ, а также влиянию проживания данных пациентов в условиях горной местности, недостаточно, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования: оценить изменения внутрисердечной гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста с АГ, проживающих в условиях горной и равнинной местности с использованием ЭхоКГ и ТМД.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование проводилось в Республиканском медицинском центре, Госпитале ветеранов и ДЦК и ССХ. Было обследовано 76 пациентов с АГ II-III степени (25 мужчин и 51 женщина). Средний возраст обследованных составил 73,8 ± 8,7 лет. Из них 7 пациентов страдали АГ 2 ст., АГ 3 ст. – 69 пациентов. Средняя продолжительность заболевания составила 17,4 ± 11,9 лет.

Отбор больных проводился по следующим критериям: информированное согласие на проведение исследования (одобренное этическим комитетом ДГМУ), наличие у больных подтвержденной эссенциальной АГ, наличие гипертрофии миокарда ЛЖ по данным ЭКГ, отсутствие на момент обследования регулярного приема гипотензивных препаратов.

В исследование не включались пациенты с симптоматической АГ, перенесенным ИМ, инсультом, с гемодинамически значимыми пороками сердца, мерцательной аритмией, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой (БА).

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (42) – больные с АГ, проживающие в условиях высокогорья; 2 группа (34) – больные с АГ, проживающие в равнинной местности. Обе группы были сравнимы по возрасту, полу и тяжести заболевания.

Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование на аппаратах «Vivid 7 Pro» и «Vivid 5S» фирмы GE (США) в положении лежа на спине и на левом боку. В верхушечной и парастернальной позициях определяли: конечные диастолический и систолический размеры (КДР и КСР), конечные систолический и диастолический объемы (КДО и КСО) ЛЖ, вычисляли ФВ, измеряли толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (ТМЖП и ТЗСЛЖ) в диастолу, относительную толщину стенки (ОТС), массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ), а также индекс ММ (ИММ) ЛЖ, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА).

Критериями гипертрофии ЛЖ считались значения ИММЛЖ более 125 г/м^2 для мужчин и более 110 г/м^2 у женщин. Геометрическую модель ЛЖ определяли на основании значений ИММ ЛЖ и ОТС. Выделяли 4 типа ремоделирования ЛЖ: концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ) - при ИММ ЛЖ> N и ОТС ≥ 0,45, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) – при ИММ ЛЖ> N и ОТС ≤ 0,45, концентрическое ремоделирование ЛЖ (КГЛЖ) – при ИММ ЛЖ <N и ОТС> 0,45 и нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ) - ИММ ЛЖ ≤ N и ОТС ≤ 0,45.

Для оценки диастолической функции проводилось исследование трансмитрального кровотока в режиме импульсного допплера из верхушечной четырехкамерной позиции. При этом определялись следующие показатели: максимальная скорость раннего диастолического наполнения (Е), скорость позднего диастолического наполнения (А), соотношение скоростей (Е/А), время замедления потока (DT) и время изоволюметрического расслабления (IVRT).

В режиме спектрального тканевого допплера измерялись пиковые скорости систолического (Sm), раннего (Em) и позднего диастолического (Am) движения фиброзного кольца митрального клапана (МК), их отношение (Em/Am). Также рассчитывали комбинированный показатель E/Em как отношение пиковых скоростей раннего диастолического наполнения ЛЖ и раннего диастолического движения фиброзного кольца МК.

Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью статистического пакета Statistica 8.0 («Statsoft Inc»). Для оценки достоверности различий использовался t – критерий Стьюдента для расчетов с нормальным распределением переменных и χ^2. Различия меж-

ду группами считались статистически значимыми при p <0,05.

Результаты исследования. Нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ) зарегистрирована только у 6% пациентов 2 группы. У всех пациентов 1 группы выявлена ГЛЖ. В обеих исследуемых группах преобладали пациенты с КГЛЖ (93% - в 1 группе и 82% - во 2 группе), ЭГЛЖ выявлена в 5% случаев в 1 группе и в 12% - во 2 группе, КРЛЖ – у 2% пациентов 1 группы.

ИММ ЛЖ в 1 группе составил 143,1±24,5, что статистически достоверно превышало этот показатель во 2 группе - 126,6±20,0, p<0,01.

Диаметр аорты у пациентов высокогорья был расширен у 50 % больных, а у пациентов 2 группы – в 23% случаев.

Объем ЛП был увеличен у всех пациентов высокогорья с АГ и у 83% пациентов с АГ, проживающих на равнине, и статистически достоверно различался в исследуемых группах (69,9±9,8 и 60,8±9,9 соответственно, p<0,01). Нарушений систолической функции миокарда ЛЖ у обследованных пациентов не выявлено, фракция выброса составила 64,7±4,3% и 64,8 ±4,2% соответственно.

Уровень систолического давления в легочной артерии (СДЛА) у 74% больных АГ, проживающих в условиях высокогорья, превышал нормальные показатели и составил 32,1±4,6 мм.рт.ст., что достоверно превышает этот показатель у пациентов, проживающих в равнинной местности (25,3±4,5), p<0,01. Повышение уровня СДЛА имело место лишь в 17% случаев у пациентов 2 группы.

При оценке диастолической функции (ДФ) ЛЖ по трансмитральному потоку (ТМП) отмечается достоверное удлинение времени замедления потока (DT) в 1 группе по сравнению со 2 группой (278,5±38,6 и 245,4±21,5 соответственно, p<0,05). Показатель Е/А был снижен в обеих группах, но статистически значимой разницы не отмечено (0,71±0,16 и 0,78±0,22).

По данным ТМД отмечалось снижение скорости движения миокарда латеральной, септальной, передней и нижней стенок ЛЖ в обеих группах больных АГ, однако статистически значимых различий этих показателей не выявлено.

Выводы.

1. В связи с особыми условиями жизни, характерными для горной местности, приводящих к высокогорной легочной гипертензии, у лиц пожилого и старшего возраста с АГ, проживающих в условиях горной местности, по данным ЭхоКГ и ТМД отмечаются более выраженные структурные и функциональные изменения по сравнению с пациентами, проживающими на равнинной местности.
2. В обеих группах исследования отмечается преобладание пациентов с КГЛЖ типом ремоделирования.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 432 с.
2. Cohn JN, Ferrari R, Sharpe N. Cardiac remodeling – concepts and clinical implications: a consensus paper from an international forum on cardiac remodeling. JACC 2000; 35: 569-82.
3. Banerjee P, Banerjee T, Khand A, et al. Diastolic heart failure: neglected or misdiagnosed? LACC 2002; 39: 138-41.
4. Chatterjee K. Primary diastolic heart failure. AM J Geriatr Cardiol 2002; C 11: 178-87.
5. Chemla D., Coirault C, Hebert JL, Lecarpentier Y. Mechanics of Relaxation of the Human Heart. New Physiol Sci. 2000; 15 (2): 78-82.
6. Сабиров И.С., Садыков А.С., Сарыбаев А.Ш. Особенности легочного кровообращения и функциональное состояние миокарда при кратковременной адаптации к высокогорью. Вестник КРСУ. №1. 2002.
7. Драпкина О.М., Кабурова А.Н. Диастолическая сердечная недостаточность: механизмы развития и перспективы воздействия на них. Сердечная недостаточность. 2012. Т. 13, №5 (73). С. 310-316.

АНАЛИЗ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Х.З. Зайналова – интерн

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов

Актуальность. Болезни органов дыхания – социально значимые заболевания, при которых психопатологические нарушения встречаются довольно часто. Главную роль среди них играет бронхиальная астма (БА). Течение БА определяется патогенетическим комплексом, одним из компонентов которого являются психологические факторы. Имеются сведения о существенной роли центральной нервной системы в реализации бронхиальной обструкции. Более половины больных БА в амбулаторной практике имеют клинически значимые уровни тревожности, тогда как депрессия способствует снижению адаптационных возможностей пациента, в связи с этим ухудшается прогноз болезни больше, чем при хронических соматических заболеваниях.

Цель исследования: анализ уровня тревожно-депрессивных состояний (ТДС) у больных БА; оценка динамики ТДС на фоне соматотропной терапии в стационаре, возможности их коррекции на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической больницы (РКБ) и Городской больницы № 1 (ГБ № 1). В исследование были включены 60 человек, среди них 20 мужчин (33,3%) и 40 женщин (66,6%), имеющих бронхиальную астму смешанного генеза разной степени тяжести в возрасте от 23 до 50 лет. Тестирование было проведено по добровольному согласию с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Результаты. По данным тестирования с помощью шкалы HADS у больных БА было выявлено наличие клинической тревоги у 39 пациентов (65%). Депрессия была выявлена у 15 пациентов (25%). Было отмечено, что эти больные хуже поддавались лечению. Для оценки динамики проявлений ТДС после лечения к моменту выписки было проведено повторное тестирование пациентов, у которых результаты первого тестирования были положительными (n=39). Отмечено, что у 20 пациентов этой группы (51%) результаты повторного тестирования оказались отрицательными. Среди пациентов с проявлениями депрессии у 20% (n=3) отмечалось улучшение эмоционального состояния. Оставшимся пациентам было рекомендовано амбулаторное лечение пароксетином в дозе 20 мг утром, длительностью 6 недель. Критерием эффективности препарата считалось уменьшение показателя тестирования на 50% и более. Из 19 пациентов с сохранившимися к моменту выписки из стационара проявлениями тревоги 10 пациентов (52%) отказались от приема препарата в связи с улучшением эмоционального статуса. Отказались от повторного тестирования и прекратили прием препарата 4 пациента (21%). Повторно протестированы 5 пациентов (27%), они принимали препарат, следуя рекомендациям. Проявлений тревоги выявлено не было. Из 12 пациентов с сохранившимися к моменту выписки проявлениями депрессии 100% (n=12) принимали препарат. У 9 пациентов (75%) проявлений депрессии выявлено не было, у 3 пациентов (25%) были выявлены проявления клинической тревоги.

Подведя итоги результатов, необходимо отметить, что из первоначального количества больных только 17 получили полный курс лечения препаратом. В 82,4% случаев препарат оказал 100% эффект.

Выводы. У больных БА (n=60) отмечается высокая частота ТДС (у 90% больных). Эффективная стандартная терапия больных БА (n=54) сопровождалась улучшением эмоционального состояния, при этом тревожность проходила у 51,3 %, а депрессия - у 20% пациентов. Лечение пароксетином оказалось эффективным у 82,4 % больных БА получивших полный курс лечения препаратом с ТДС в целом. Эффективность терапии пароксетином у больных БА с проявлениями тревоги составила 29.4%. Эффективность пароксетина у больных БА с депрессией равна 52.9%.

Литература

1. Арипов А.Н., 1989; Маевский АА., 1992; Kersten L., 1990; Woller W.,1990
2. Adams R.J., Wilson D.H., Taylor A.W. et al., 2006
3. Mineshita M., Shirakawa T., Saji J. et al. Vibration response imaging in healthy Japanese subjects // Respir Investig. 2014. № 52 (1). P. 28-35.

4. Anxiety and the management of asthma in an adult outpatient population/ Cordina M. [et al.] // Ther. Adv. Respir. Dis. 2009. Vol.3, №5. P. 227-233.
5. Овчаренко С.И. и др. Клиническое течение, внутренняя картина болезни и нозогенные реакции у больных астмой // Тер. архив. 2001. №3. С. 9-14.
6. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т.2, №2. С.40-45.
7. Кросс К. Э. Бронхиальная астма. М., 1984. 69—89.

СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХСН

О.А. Александрова – ассистент, В.С. Мацукатова – ассистент
*Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО «*СГМУ*» Минздрава России, г. Ставрополь*
Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.В. Агранович

Актуальность. При ведении пожилых пациентов в общей врачебной практике необходимым элементом оказания качественной медицинской помощи является оценка их статуса питания. Учитывая физиологические изменения организма, психосоциальные факторы, наличие хронических заболеваний, вероятность развития белково-энергетической недостаточности у пожилых людей высока. Для активного выявления таких пациентов разработаны достаточно простые и легко применимые в практике методы оценки: измерение массы тела, анкета «Краткая оценка питания» (MNA), расчет ИМТ, определение концентрации креатинина.

Цель исследования: обзор результатов исследования, направленного на выявление и коррекцию недостаточного питания пожилых людей с ХСН.

Материал и методы исследования. На базе кафедры поликлинической терапии СтГМУ было проведено исследование с целью выявления и коррекции недостаточного питания лиц пожилого возраста. Объектом исследования явились пациенты ГАУЗ ГКП №3 г. Ставрополя старше 65 лет. Исследование проводилось в рамках приема у врача ОВП в два этапа. Методом проводимого исследования явились: анкетирование (анкета «Краткая оценка питания - Mini Nutritional assessment - MNA»), расчет ИМТ (расчет производился по формуле Чумли - Chumlea), определение индекса креатинина по росту (ИКР). Общее количество исследуемых - 185 человек, из них:103 женщины и 82 мужчины. Все исследуемые были с верифицируемым диагнозом ХСН II А ФК 2 (NYHA). По итогам первого этапа недостаточное питание пожилых средней формы тяжести (общая оценка анкеты-17-23,5 балла, ИМТ - ниже 22) было диагностировано у 33,9% женщин и у 30,4 % мужчин. Данные пациенты были взяты на дополнительный диспансерный учет. На втором этапе исследования были даны следующие практические рекомендации:

-съедать 2 порции мяса, рыбы или яиц в день;

-употреблять 3-4 порции молока и молочных продуктов в день;

-включать в состав каждого приема пищи хлеб, другие зерновые продукты, картофель или бобовые;

-съедать не менее 5 порций овощей и фруктов в день;

-выпивать 1-1,5 л воды каждый день (или другие жидкости: травяной чай, фруктовый сок и др.), желательно до того, как появилась жажда;

-повысить количество приемов пищи с помощью разделения порций на части или перекусы между основными приемами пищи;

-рекомендован поздний ужин, ранний завтрак, чтобы не было длительных (более 12 ч) ночных перерывов; с этой же целью можно рекомендовать ночные перекусы;

-употреблять в основном калорийные продукты с высоким содержанием белка;

-увеличение энергетической и белковой ценности обычных блюд: добавление порошкового молока, тертого сыра, топленого и растительного масла.

Результаты исследования. Оценка результатов проводилась через 3 и 6 месяцев от начала наблюдения. В результате по итогам трех месяцев в группе женщин было выявлено 24,2% с недостаточным питанием, в группе мужчин - 18,2%, а по результатам 6 месяцев наблюдения в

группе женщин выявилось 9,7% с недостаточным питанием, а в группе мужчин - 9,4%. В качестве дополнительного метода контроля использовался индекс креатинина по росту (ИКР), который несколько увеличился у каждого исследуемого, исходя из индивидуальных показателей, в среднем на 0,5-1,5. ИКР является прямым показателем увеличения именно мышечной массы.

Выводы. Пожилые пациенты особенно восприимчивы к недостаточности питания, если они страдают от хронического заболевания. Все пожилые пациенты должны быть обследованы на риск недостаточности питания в рамках приема врача ОВП. В тех случаях, когда существует недостаточность питания, есть ясные доказательства пользы от нутриционной поддержки в качестве практических рекомендаций.

ВЛИЯНИЕ ТИПА ПИТАНИЯ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Е.А. Андреева– ассистент, О.А. Александрова– ассистент

*Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО «*СГМУ*» Минздрава России, г. Ставрополь*

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.В. Агранович

Актуальность. Во многих исследованиях последних лет выявлено, что в развитии артериальной гипертензии (АГ) не всегда играет роль генетическая предрасположенность или приобретенные поломки регуляторных механизмов артериального давления. Считается, что необходимо дополнительное воздействие комплекса поведенческих факторов, а в частности, привычки питания.

Уровень заболеваний, связанных с неправильным питанием, повышается с каждым годом. Специалисты выявили, что самые устойчивые привычки – это привычки питания. Их коррекция требует индивидуального подхода. Необходимо стремиться достичь нормализации массы тела без ущерба для здоровья пациента – физического и психического.

Цель исследования: определение влияние типа питания на оптимизацию лечения артериальной гипертензии.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 185 человек, средний возраст которых составил 42,6±16,7 лет. Из них сформированы 2 группы: 1-я группа – лица с АГ I степени (92 человека). Диагноз симптоматической АГ исключался на предшествующих этапах исследования. Группа характеризовалась отсутствием поражения органов-мишеней. АГ у этой группы носила лабильный характер. САД составило 153,55±0,01 мм рт. ст., ДАД - 92,50±0,41 мм рт. ст. 2-я группа – 93 человека, здоровые с неотягощенным семейным анамнезом по АГ. Они составили контрольную группу. САД составило 120,43±0,22 мм рт. ст., ДАД - 74,16±0,61 мм рт. ст.

В обеих группах был проведен сбор данных о предпочтительном типе питания. Использовался опросник, разработанный Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (2011 г.), позволяющий на основе частотного метода оценки употребления продуктов, богатых животными жирами, свободных от растительной клетчатки, определить связанный с повседневным рационом тип питания. В зависимости от профиля пищевых предпочтений результаты анкетирования позволяли расценить питание как рациональное, не вполне рациональное и нерациональное.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, выявлено, что в обеих группах распространено снижение АД на 9,18±0,73 мм рт. ст. и на 3,6±0,34 мм рт. ст. в 1-й и 2-й группах соответственно при соблюдении рационального питания. Зачастую при выполнении рекомендаций по правильному питанию у исследуемых возникали трудности. Например, завтракают перед началом рабочего дня 34,6% обследуемых 1-й группы и 38,1% – 2-й группы. Жидкую и горячую пищу ежедневно употребляют лишь 13% и 19% обследуемых соответственно. Основными факторами, препятствующими регулярному питанию, явились: «нехватка времени», «загруженность рабочего дня» и др.

Выводы. Таким образом, у пациентов с АГ рациональное и сбалансированное питание способствует снижению АД. Аналогичные данные были получены и в группе контроля (здоровых людей). Данный факт указывает на необходимость разработки современных образовательных программ по превентивным и лечебным мерам в отношении алиментарно обуслов-

ленных заболеваний у трудоспособного контингента.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Л.А. Пилипович – ассистент, А.С. Анопченко – ассистент

*Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО «*СГМУ*» Минздрава России, г. Ставрополь*

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.В. Агранович

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы, характеризующееся ограничением воздушного потока с развитием не полностью обратимой или необратимой бронхиальной обструкцией, вызванной продуктивной неспецифической персистирующей воспалительной реакцией на действие патогенных частиц или газов. Болезнь развивается у предрасположенных лиц и проявляется кашлем, отделением мокроты и нарастающей одышкой, имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и легочное сердце.

ХОБЛ, являясь одной из ведущих причин заболеваемости и смертности, представляет собой значимую медицинскую и социально-экономическую проблему. Исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют об увеличении распространенности ХОБЛ на 45%. Регистрируется неуклонный рост числа больных ХОБЛ как среди мужчин (на 25%), так и женщин (на 69%). ХОБЛ чаще возникает после 40 лет, а согласно эпидемиологическим данным, ХОБЛ чаще диагностируется у мужчин. Как причина летальности ХОБЛ занимает 4-е место в мире в возрастной группе старше 45 лет и является единственной болезнью, при которой смертность продолжает увеличиваться. За последние несколько лет значительно изменилось отношение к ХОБЛ как к неизлечимому и быстро прогрессирующему заболеванию. В настоящее время ХОБЛ представлена как заболевание, которое можно предотвратить и лечить. Вместе с тем оно характеризуется как заболевание, сопровождающееся значительными внелегочными проявлениями, которые обуславливают тяжесть и вариабельность течения болезни у разных пациентов.

ХОБЛ рассматривается как заболевание дыхательных путей с системными проявлениями. В последнее время все чаще встречается сочетание ХОБЛ с нарушением функций почек, что свидетельствует об ухудшении прогноза заболевания.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости у пациентов ХОБЛ нарушений функции почек (ХБП).

Материал и методы исследования. Обследованы 30 больных, из них 12 женщин и 18 мужчин (40% и 60% соответственно), страдающих ХОБЛ с различной степенью тяжести, без установленного ранее диагноза поражения почек. Данные пациенты находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя. Наличие ХОБЛ с оценкой степени тяжести устанавливали в соответствии с критериями Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2011). Средний возраст обследованных больных составил 65,6 лет (мужчины – 65,7; женщины 65,3). В зависимости от степени тяжести ХОБЛ все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 19 пациентов (63,3%) со средней степенью тяжести ХОБЛ, остальные 11 пациентов (36,7%) были отнесены ко второй группе с тяжелым течением ХОБЛ. У всех больных проанализировали показатели креатинина и мочевины. Функцию почек оценивали по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Расчет СКФ производили по формуле CKD-EPI.

Результаты исследования. В ходе исследования выявили, что креатинин был выше нормы у 36,8% пациентов первой группы и 45,5% второй группы. У 4 (21,1%) больных ХОБЛ со средней степенью тяжести болезни отмечены отклонения от нормального показателя мочевины в сторону повышения и у 3 (27,3%) пациентов с тяжелым течением ХОБЛ.

Т.к. критерием нарушения функции почек является СКФ ниже 90 мл/мин/1,73 м^2, то СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м^2, позволяет установить наличие у пациента ХБП независимо от наличия или отсутствия маркеров повреждения почек.

СКФ (по формуле CKD-EPI) меньше 60 мл/мин/1,73 $м^2$ была выявлена у 8 пациентов (42,1%) первой группы и 4 пациентов (36,7%) второй группы.

Выводы. Таким образом, у больных ХОБЛ обнаружена достоверная связь между степенью тяжести заболевания и вероятностью развития нарушения функция почек, что демонстрирует влияние системных эффектов заболевания на состояние почечной паренхимы.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК, ИНТЕРФЕРОН-ИНДУЦИРУЕМЫЙ ПРОТЕИН-10 И МОНОЦИТАРНЫЙ ХЕМОТАКСИЧЕСКИЙ ПРОТЕИН-1 У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Н.Б. Ханмурзаева – молодой ученый, С.Н. Маммаев, С.Б. Ханмурзаева – молодой ученый
Кафедра госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность. Сердечно - сосудистые заболевания представляют собой одну из основных причин инвалидности и преждевременной смерти жителей экономически развитых стран. Одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы является эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ), или гипертоническая болезнь. Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 году, характеризует хроническое заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия, не связанная с наличием патологических процессов, известных как причина повышения артериального давления (АД).

В отношении механизмов развития ЭАГ в настоящее время получено огромное количество фактических данных, которые становится все сложнее увязать в рамках единой патогенетической теории [3]. В последние годы большой интерес вызывает роль воспаления в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Напряжение сосудистой стенки, дисфункция эндотелия инициируют продукцию широкого спектра цитокинов, миграцию и накопление клеток воспаления, что является одним из звеньев патогенеза артериальной гипертонии и атеросклероза [5, 6]. Воспаление инициирует пролиферацию гладкомышечных клеток медии и является пусковым фактором ремоделирования стенки сосуда, что в свою очередь приводит к повышению артериального давления [14]. Такимобразом возникает «замкнутый круг», процесс прогрессирования поражения органов-мишеней ЭАГ ускоряется.

Широкое развитие экспериментальных методик позволяет исследовать вклад различных клеточных популяций и цитокинов в течение ЭАГ. Однако клинических исследований, позволяющих экстраполировать имеющиеся знания в условия реальной кардиологической практики, недостаточно.

Цель исследования: изучение содержания растворимых маркеров воспаления (вчСРБ, MCP-1, IP-10) в крови у больных эссенциальной артериальной гипертензией с различной тяжестью течения заболевания.

Материал и методы. Данная работа выполнена в рамках проспективного исследования, в которое было включено 158 больных ЭАГ, отвечающих критериям отбора в исследования и давших информированное согласие. Критериями исключения из исследования были крупноочаговый инфаркт миокарда, операция коронарного шунтирования (или чрескожное коронарное вмешательство) менее чем за 6 месяцев до включения в исследование, острый коронарный синдром, наличие пороков сердца, жизнеугрожающих нарушений ритма сердца, хронической почечной или печеночной недостаточности, злокачественных новообразований, системных заболеваний и других тяжелых сопутствующих заболеваний, самостоятельно влияющих на прогноз, сахарный диабет в фазе декомпенсации или требующий терапии инсулином, анемия (гемоглобин < 10 г/дл), острое нарушение мозгового кровообращения или черепно-мозговая травма в предшествующие 12 месяцев, острые воспалительные или инфекционные заболевания в предшествующие 2 месяца. Критериями выхода из исследования явились отказ от сотрудничества – решение пациента прекратить своё участие в исследовании; развитие острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, острых воспалительных или инфекционных заболеваний в течение 3 месяцев наблюдения.

В зависимости от наличия поражения различных органов-мишеней артериальной гипер-

тонии и ассоциированных клинических состояний все больные были разделены на группы соответственно стадии течения ЭАГ (согласно Российским рекомендациям «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», четвертый пересмотр, 2010 г.) [1]. На основании анализа полученных данных у 54 больных была определена 1 стадия ЭАГ (группа 1), у 44 – 2 стадия (группа 2), у 60 больных – 3 стадия (группа 3). Наличие метаболического синдрома (МС) диагностировалось на основании критериев, представленных в «Рекомендациях экспертов Всероссийского общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома», второй пересмотр, 2009 г. [2].

Всем больным проводилось общеклиническое обследование (сбор анамнеза, физикальный осмотр, аускультация, измерение АД); инструментальные (ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ с определением индекса массы миокарда левого желудочка, суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий) и лабораторные исследования (общий и развёрнутый биохимический анализ крови, исследование Monocyte Chemoattractant Protein 1, фактор хемотаксиса моноцитов-1 (MCP-1), Interferon gamma-induced protein-10, протеин, индуцированный интерфероном гамма (IP-10) иммуноферментным методом, С-реактивный белок,определенный высокочувствительным методом (вчСРБ) нефелометрическим методом при включении больного в исследование).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием статистических программ STATISTICA 6,0 (StatSoft, USA). Нормальный характер распределения содержания маркеров подтверждался критерием Шапиро-Уилка, данные представлены как среднее +/- стандартное отклонение. При несоответствии нормальному закону использовались медиана и квартили (25-й – 75-й процентиль). При использовании параметрических критериев для подтверждения однородности дисперсий распределений признаков использовался критерий Левена. Для статистического анализа данных, распределение которых не соответствовало нормальному закону для межгрупповых сравнений использован U-критерий Манна-Уитни. Для анализа данных в трех независимых группах будет использоваться метод ANOVA, в случае несоответствия распределений признаков нормальному закону – метод ANOVA по Краскалу-Уоллису. Для сравнения распределений порядковых и номинальных признаков использован тест χ^2. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Группы больных были отличны по возрасту – группа 1 была моложе по сравнению с группами 2 и 3, значимых различий по возрасту между группами 2 и 3 не было (возраст 36,3+/-8,7, 58,0+/-7,4 и 62,0+/-7,3 соответственно; p1/2=0,034, p1/3=0,028, p2/3=0,73). По остальным социально-демографическим характеристикам и факторам риска артериальной гипертонии (пол, наличие метаболического синдрома, статус курения, дислипидемия (ОХС>5,0мМ, ТГ>1,7мМ), глюкоза крови натощак, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, абдоминальное ожирение (у больных без МС)) группы больных были сопоставимы.

Группы 2 и 3 не отличались по частоте поражения различных органов мишеней: гипертрофия левого желудочка – 22,7% против 25% (p=0,78); атеросклероз сонных артерий – 95,4% против 100% (p=0,10); повышение уровня креатинина крови – 6,8% против 5,0% (p=0,69). У больных в группе 3 были выявлены следующие ассоциированные клинические состояния: цереброваскулярная болезнь – транзиторные ишемические атаки – 2 (3,3%); заболевания сердца – нетрансмуральный инфаркт миокарда – 25 (41,6%), стенокардия напряжения I-III ф.к. – 38 (68,9%), реваскуляризация (стентирование коронарных артерий) в анамнезе – 11 (18,3); заболевания периферических артерий – симптомный атеросклероз артерий нижних конечностей – 1 (1,7%).

Уровень вчСРБ был статистически значимо выше в группах 3 и 2 по сравнению с группой 1 (1,32 (0,9-2,2) пг/мл, 1,48 (0,83-1,85) пг/мл и 0,72 (0,53-0,95) пг/мл соответственно; p1/2=0,035, p1/3=0,022), различий в содержании вчСРБ между группами 2 и 3 отмечено не было (p2/3=0,62).

Уровень MCP-1 был значимо выше в группе 3 по сравнению с группой 1 (92,3 +/- 7,8 пг/мл против 58,6 +/- 8,2 пг/мл соответственно; p1/3=0,021).

Концентрация IP-10 была значимо выше в группе 2 по сравнению с группой 1 (240,2 +/- 15,7 против 180,3 +/- 16,2, p1/2=0,022), а в группе 3 значимо выше в сравнении с группой 2 (310,2 +/- 16,4 против 240,2 +/- 15,7, p2/3=0,041). Различия в содержании IP-10 между группа-

ми 3 и 1 имели высокую статистическую значимость (p1/3=0,012).

При этом уровень вчСРБ, как и МСР-1, был существенно выше у больных с МС по сравнению с пациентами без МС. Данные изменения в случае вчСРБ достигались за счет различий в группах 2 (1,87(1,32-2,32) против 1,25(0,83-1,42) соответственно; p=0,026) и 3 (1,62 (1,23-2,24) против 1,32 (0,78-1,52), соответственно; p=0,039), а в случае МСР-1 - в группах 1 (58,6 +/- 8,3 против 47,4 +/- 7,5, соответственно; p=0,046) и 2 (82,4 +/- 13,7 против 65,3 +/- 9,2 соответственно; p=0,031). Различий в уровне IP-10 у больных с наличием и без МС зарегистрировано не было.

Таким образом, содержание провоспалительных маркеров вчСРБ, МСР-1 и IP-10 возрастает с утяжелением стадии ЭАГ, при этом содержание вчСРБ и МСР-1 выше у больных с метаболическим синдромом.

Обсуждение.

В настоящее время не вызывает сомнения важная роль воспалительной и иммунной компоненты в развитии ЭАГ и поражении органов-мишеней. В ряде работ подчёркивалась взаимосвязь уровня про- и противовоспалительных цитокинов (интерлейкин-6, интерлейкин-10, фактор некроза опухоли альфа, МСР-1), молекул клеточной адгезии (ICAM-1, P-селектин, E-селектин) и других маркёров воспаления (СРБ-1, фибриноген) со степенью повышения АД и поражением органов-мишеней артериальной гипертензии (сосудистой стенки, миокарда, почек) [9]. Результаты настоящего исследования в целом подтверждают и позволяют обобщить полученные ранее данные.

СРБ является наиболее изученным провоспалительным маркером, неспецифически отражающим общий воспалительный фон в организме и в большом количестве исследований показавшим неблагоприятную прогностическую роль в течении сердечно-сосудистых заболеваний. В ряде исследований была выявлена тесная взаимосвязь между содержанием СРБ в крови и развитием ЭАГ и ее осложнений даже у пациентов с нормальным или высоким нормальным АД. Повышение уровня СРБ связано с выявлением структурных изменений сосудистой стенки, в частности, с повышением её жёсткости [7, 8]. Выявленная нами взаимосвязь повышенных уровней СРБ у пациентов с продвинутыми стадиями ЭАГ (с поражением органов-мишеней и наличием ассоциированных клинических состояний) также подтверждает данные более ранних работ. Так, подтверждена взаимосвязь между уровнем СРБ и фактора некроза опухоли альфа (провоспалительного цитокина) с субклиническими проявлениями поражения сердца (Корнельское произведение как мера гипертрофии миокарда) и почек (микроальбуминурия) [10].

В настоящее время внимание исследователей привлекает роль клеточного звена (моноцитарно-лимфоцитарного) в патогенезе воспаления и ЭАГ. МСР-1 является основным хемотаксическим цитокином, обеспечивающим привлечение клеток воспаления, в первую очередь моноцитов и гранулоцитов, в очаг воспаления. В клинических исследованиях продемонстрировано, что экспрессия МСР-1 повышена у больных с артериальной гипертензией [13], атеросклерозом [11]. Полученные нами результаты могут свидетельствовать о преимущественном участии МСР-1 в развитии ассоциированных клинических состояний атеросклеротического генеза у обследованных больных. Участие Т-клеточного звена в патогенезе ЭАГ в настоящее время также широко обсуждается [6]. IP-10 является одним из основных аттрактантов для активированных Т-лимфоцитов. Полученные в настоящем исследовании результаты (увеличение содержания IP-10 при наличии поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний) подтверждают данный факт.

Выявленные нами изменения также свидетельствуют о существенной роли воспаления в течении МС, являющегося, в свою очередь, одним из важнейших факторов риска и неблагоприятного прогноза ЭАГ. вчСРБ, являясь неспецифическим маркером воспаления, преимущественно отражает течение воспалительных процессов, связанных с поражением органов-мишеней ЭАГ, и ассоциированных клинических состояний. По нашим данным, МСР-1 является чувствительным маркером МС уже у больных ЭАГ без признаков поражения органов-мишеней.

Полученные результаты позволят уточнить вклад воспаления в патогенез ЭАГ и поражение органов-мишеней, что позволит разработать критерии диагностики, оценки степени риска и эффективности терапии ЭАГ на основании анализа провоспалительных маркёров.

Литература

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии. 2010. № 3. 34 с.

2. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (Второй пересмотр) ВНОК. М., 2009.

3. Руководство по артериальной гипертонии под ред. Е.И.Чазова, И.Е.Чазовой. М.: Медиа Медика, 2005. 784 с

4. Abramson JL, Weintraub WS, Vaccarino V. Association between pulse pressure and C-reactive protein among apparently healthy US adults. Hypertension. 2002 Feb;39(2):197-202.

5. Eriksson EE, Xie X, Werr J, Thoren P, Lindbom L. Direct viewing of atherosclerosis in vivo: plaque invasion by leukocytes is initiated by the endothelial selectins. FASEB J. 2001 May;15(7):1149-57.

6. Guzik T.J., Hoch N.E., Brown K.A. et al. (2007) Role of the T cell in the genesis of angiotensin II — induced hypertension and vascular dysfunction. J. Exp. Med., 204: 2449–2460.

7. Laurent S, Boutouyrie P, Asmar R, et al. Aortic stiffness is an independent predictor of all-cause and cardiovascular mortality in hypertensive patients. Hypertension. 2001;37:1236-1241.

8. Meaume S, Benetos A, Henry OF, Rudnichi A, Safar ME. Aortic pulse wave velocity predicts cardiovascular mortality in subjects >70 years of age. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2001;21:2046-2050.

9. Montecucco F, Pende A, Quercioli A, Mach F. Inflammation in the pathophysiology of essential hypertension. J Nephrol. 2011 Jan-Feb;24(1):23-34.

10. Navarro-Gonzalez JF, Mora C, Muros M, Jarque A, Herrera H, Garcia J. Association of tumor necrosis factor-α with early target organ damage in newly diagnosed patients with essential hypertension. J Hypertens. 2008;26:2168-2175.

11. Sardo MA, Campo S, Mandraffino G, et al. Tissue factor and monocyte chemoattractant protein-1 expression in hypertensive individuals with normal or increased carotid intimamedia wall thickness. Clin Chem. 2008;54:814-823.

12. Sesso HD, Wang L, Buring JE, Ridker PM, Gaziano JM. Comparison of interleukin-6 and C-reactive protein for the risk of developing hypertension in women. Hypertension. 2007 Feb;49(2):304-10.

13. Stumpf C, John S, Jukic J, et al. Enhanced levels of platelet P-selectin and circulation cytokines in young patients with mild arterial hypertension. J Hypertens. 2005;23:995-1000.

14. Virdis A, Schiffrin EL. Vascular inflammation: a role in vascular disease in hypertension? Curr Opin Nephrol Hypertens. 2003 Mar;12(2):181-7.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

М.А. Абдуразакова– аспирант

Кафедра терапии ФПК и ППС и факультетской хирургии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители – д.м.н, проф. М.Т. Кудаев., д.м.н, проф. Р.М. Газиев

Введение. Для практической медицины характерно сочетание различных патологий внутренних органов, оказывающих влияние на развитие и клинические проявления основного заболевания.

Патологии желчного пузыря достаточно распространенное явление, поэтому вопросы их диагностики, профилактики и лечения остаются актуальными. Заболевания желчевыводящих путей в настоящее время очень часто встречаются в сочетании с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС). Они имеют очень много общих факторов риска: избыточное употребление высококалорийной пищи, повышение холестерина в крови, малоподвижный образ жизни, ожирение, курение, пожилой и старческий возраст.

Исследования последних лет показывают тесную связь и сочетание патологии желчного пузыря и заболеваний сердечно-сосудистой системы в различных вариантах. По данным литературы, среди больных с хроническим холециститом в 15-75% случаев наблюдаются различ-

ные жалобы со стороны ССС, билиарно-кардиальный синдром, под которым подразумевают совокупность изменений функционального характера в миокарде, развивающихся при билиарной патологии в связи с расстройствами автоматизма, возбудимости, проводимости и сократимости сердца. Однако по настоящее время не проводился анализ влияния билиарной патологии на развитие клинических и функциональных изменений сердечно-сосудистой системы как возможного фактора риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). Одним из факторов, провоцирующий риск ишемической болезни сердца, атеросклероза, являются заболевания желчевыводящих путей (Сокруто О.В.и соавт., 1991).

Многие авторы образование атеросклероза связывают с нарушением липидного обмена. Гиперлипидемия также играет большую роль в образовании камней.

Липиды сыворотки крови могут быть слабым отражением истинной дислипидемии в критическое время образования желчных камней.

Подтверждением этого являются следующие факты: после холецистэктомии наблюдается снижение липидов сыворотки крови, а во время обострения калькулезного холецистита уровень липидов в крови повышается. В ряде работ показано наличие высокой корреляционной связи между уровнями липидов в сыворотке крови, наличием атеросклероза магистральных сосудов, восходящего и брюшного отделов аорты у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Это подтверждают данные исследований популяции женщин и мужчин Республики Дагестан: в целом по группе среди пациентов в возрасте 64–80 лет в 13% случаев была выявлена ИБС, среди больных с ИБС – ЖКБ встречается в 17,7% случаев и наоборот, 22% больных с ЖКБ страдают ИБС, тогда как при отсутствии ЖКБ распространенность ИБС составляет 11,9%. Мнение о том, что билиарная патология встречается чаще среди городского населения, спорно, так как в настоящее время грань, разделяющая городских и сельских жителей, становится все меньше. Данные статистики говорят о том, что сельское население стало болеть ЖКБ так же часто, как и городские жители.

Цель исследования: изучение распространенности факторов риска ИБС, взаимовлияний патологии желчевыводящей и сердечно–сосудистой систем, их связь с особенностями питания и образом жизни населения Республики Дагестан. В данной научно-исследовательской работе мы попытались определить роль различных патологий билиарной системы в риске развития ИБС.

Материал и методы. В исследование вошли 160 пациентов с заболеваниями желчного пузыря в возрасте от 60 до 80 лет, которые в зависимости от вида патологии были разделены на четыре группы: 1–я группа – 67 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), 2–я – 41 пациент с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ), 3–я группа – 24 пациента с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря (ГоМДЖП), 4-я группа – 28 пациентов с гипермоторной дисфункцией желчного пузыря (ГрМДЖП). Для группы сравнения было обследовано 20 больных ИБС без патологии желчевыводящих путей. Пациентам проведено комплексное обследование, куда входило: сбор жалоб и анамнез заболевания, клинический и биохимический анализы крови. Для выявления ИБС, патологии желчевыводящих путей всем больным, входящим в программу исследования, проводились регистрация ЭКГ по всем 12 стандартным отведениям, ультразвуковое исследование сердца, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, эзофагогастродуоденоскопия, исследование липидного спектра крови. Среди обследуемых пациентов было 63 (35,8%) мужчины и 97 (64,2%) женщин. Средний возраст больных с ЖКБ составил 74,3±1,3 лет, пациенты с ХБХ имели средний возраст 77,9±1,7 лет, с ГоМДЖП – 60,4 ±2,8 лет, с ГрМДЖП – 65,9±7,2 лет.

В группе сравнения больных со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса без нарушения кровообращения было 12 мужчин и 12 женщин, средний возраст по группе составил 62,5±7,1 лет (от 51 года до 67 лет). У всех пациентов рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по Кетле: норма ИМТ – 24 кг/м^2, избыточная масса тела – 25 кг/м^2. В исследуемой группе пациентов избыточная масса тела наблюдалась у 112 (76,7%) пациентов с билиарной патологией и 48 (15%) пациентов с ИБС. Средний показатель ИМТ больных с билиарной патологией составил 29, 9±6,0 кг/м^2.

По данным жалоб больных, анамнеза заболевания преимущественное внимание уделялось особенностям национального питания и образа жизни пациентов. Особенности питания жителей Республики Дагестан сложились в течение многих десятков лет: традиционный еже-

дневный рацион пищи, включающий употребление чрезмерно жирной и высококалорийной продукции (сметану, курдюк, жирное мясо) у пациентов с ЖКБ имел место в 87,7% случаев, у пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) – в 93,5% наблюдений, при гипомоторной ДЖП – в 85,7% и при гипермоторной ДЖП – в 66,7% наблюдений, в контрольной группе – в 88,9% наблюдений. Следует отметить, что сопутствующие болезни, такие как сахарный диабет (СД) и артериальня гипертония (АГ), встречаются у пациентов, которые входят в группу с ЖКБ – 69 %, у пациентов группы ЖКБ+ИБС – 78%, менее распространены среди больных контрольной группы с ИБС – 37%.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате обследований среди 160 пациентов с патологией желчевыводящих путей выявлено 74 больных с признаками ИБС (по данным анамнеза, жалоб и ЭКГ), что составило 46,3%. Процент выявляемости ИБС у больных с ХБХ и ГоМДЖП составил 23,1% (37 больных) и 11,8% (19 больных) соответственно. При ЖКБ ИБС выявлено в 15,6% случаев (у 25 пациентов), наименьшая выявляемость ИБС была в группе с ГрМДЖП – 3,1% (5 больных).

В таблице 1 представлены результаты анализа липидного спектра крови в исследуемой (билиарная патология) и контрольной (ИБС) группах больных.

Из 160 обследованных пациетов повышение общего холестерина (ОХ) в крови (выше 5,5 ммоль/л) отмечалось у 93 больных (58,1%) и в среднем составило 5,95±1,48 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) (более 2,5 ммоль/л) у 93 (58,1%) человек – 3,85±0,91 ммоль/л, повышение триглицеридов (ТГ) (выше 1,7 ммоль/л) у 31 (19,4%) больного –1,82±0,49 ммоль/л, снижение ХС ЛПВП менее 0,9 ммоль/л было у 5 пациентов (3,1%) и в среднем по группе составило 1,66±0,32 ммоль/л, повышение креатинина (КА) (выше 3,0) было отмечено у 72 (45%) пациентов и средняя величина этого показателя по группе равнялась 3,77±0,39.

По группам показатель ОХ, при анализе липидного спектра, был повышен у больных с ЖКБ и составил 5,87±1,64 ммоль/л, у больных с хроническим бескаменным холециститом – 5,96±1,52 ммоль/л, с ГоМДЖП – 5,74±0,87 ммоль/л. ЛПНП был выше в группе больных с ЖКБ – 3,61±1,31 ммоль/л, у пациентов с ХБХ – 3,9±1,37 ммоль/л, при ГоМДЖП – 3,84±0,87 ммоль/л, у больных с ГрМДЖП был ниже и составил 3,18±0,81 ммоль/л. Уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у исследуемых лиц не был сниженным и составил у пациентов с ЖКБ 1,35±0,31 ммоль/л, у больных ХБХ – 1,38±0,27 ммоль/л, у больных с ГоМДЖП – 1,51±0,36 ммоль/л, ГрМДЖП – 0,9±0,34 ммоль/л. Уровень ТГ не превышал нормальные показатели и был у больных с ЖКБ на уровне 1,±0,63 ммоль/л, с ХБХ – 1,88±0,89 ммоль/л, ГоМДЖП – 1,46±0,86 ммоль/л, с ГрМДЖП – 1,51±0,5 ммоль/л. Подсчитанный уровень ИА (по формуле Климова А.Н., 1995) во всех группах превышал нормативную величину 2,5, был сравнительно повышен у больных с ХБХ и составил 3,83±1,42, у пациентов с ЖКБ – 3,48±0,87, при ГоМДЖП – 3,24±0,86, при ГрМДЖП – 3,15±0,81, в группе больных ИБС он составил 3,67±0,49 (табл. 1).

В группе сравнения больных ИБС выявлены гиперхолестеринемия в 91,8% случаев, гиперлипопротеидемия низкой плотности – в 85,4%, повышение индекса атерогенности (ИА) сыворотки крови – в 79%. На электрокардиографии (ЭКГ) выявились изменения, характерные для ИБС: смещение ST 1–2 мм у 37 (23,1%) больных с ЖКБ, у 23 (14,4%) пациентов с хроническим бескаменным холециститом; высокий зубец Т – у 8 (5%) человек с ГоМДЖП, у 11 (6,8%) больных с ЖКБ. Гипертрофия левого желудочка наблюдалась у 37 (23,1%) пациентов с хроническим бескаменным холециститом, в 47 (29,4%) случаях при ЖКБ, у 18 (11,3%) больных с ГоМДЖП, у 8 (5%) пациентов с гипомоторной ДЖП.

В динамическом исследовании в течение 1,5 года участвовало 86 больных, пациенты были разделены на исследуемые группы: больных с патологией билиарной системы в сочетании с ИБС – 36 (41,9%), пациентов с билиарной патологией без признаков ИБС50 – (58,1%) и 18 человек – группа сравнения, пациенты, страдающие только ИБС. За весь период наблюдения приверженность к специфическому лечению основной патологии была зарегистрирована среди больных исследуемой группы (билиарная патология) и группы сравнения (ИБС). Больные с патологией желчевыводящих путей в сочетании с ИБС – 36 пациентов – регулярно следовали рекомендациям врача. Из пациентов с заболеваниями желчного пузыря без ИБС рекомендации врача соблюдали лишь 15 больных. Только 12 пациентов с ИБС без билиарной патологии регу-

лярно проводили лечение. При обследовании учитывалось количество обращений за медицинской помощью по поводу обострений билиарной и сердечно–сосудистой патологии. Оказалось, что при обострении заболеваний желчного пузыря у больных с патологией желчевыделительной и сердечно–сосудистой систем появлялись жалобы на ангинозные боли, одышку, сердцебиение в 27,3% случаев. При своевременном назначении лечения обострений патологии желчевыводящей системы практически сразу купировались признаки нестабильности ИБС, тогда как при обращении в более поздних сроках приступы стенокардии увеличивались в 2–2,5 раза, нарушения ритма – в 1,5 раза. Помимо этого, наблюдались изменения на ЭКГ: формировался «коронарный» зубец Т в 50% случаев, смещение ST на 1–2 мм – у 31,3% больных. В завершении исследования проводился повторный анализ липидного спектра крови, результаты которого представлены в таблице 2.

Из этой таблицы видно, что со стороны ИМТ и липидного спектра крови произошли некоторые изменения: в группе больных, имеющих только билиарную патологию, отмечались статистически достоверные ($p<0,05$) снижения ОХС на 3,5%, ЛПНП – на 6%, ИА – на 10,1%; уровень ЛПВП статистически достоверно повысился на 5,3%; на прежнем уровне сохранились показатели ТГ.

В группе больных с патологией билиарной системы в сочетании с ИБС имело место статистически недостоверное ($p>0,05$) увеличение ИМТ на 2,5%, ОХС – на 5,5%, ХС ЛПНП – на 9,2%, ИА – на 6,2%; отмечено снижение ТГ на 6,4%, уровень ХС ЛПВП остался прежним.

В группе больных с ИБС без билиарной патологии ИМТ и ХС ЛПВП сохранились на прежнем уровне, отмечена тенденция к статистически недостоверному ($p>0,05$) снижению ОХС на 3%, ЛПНП – на 4,8%, ТГ – на 3,4% и ИА – на 1,2%.

На рисунке 1 отражена динамика наблюдения за 1,5 года уровня ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, ИА у больных с билиарной патологией без ИБС, заболеваниями желчного пузыря в сочетании с ИБС и группы сравнения больных ИБС. Данные наблюдения свидетельствуют об улучшении показателей липидного спектра крови у больных с БП при приверженности к лечению основного заболевания. Самая неблагополучная группа больных – с БП, сочетающейся с ИБС. Ухудшение показателей липидного спектра крови у больных с билиарной патологией и с клиническими признаками ИБС явилось следствием недостаточного соблюдения медицинских рекомендаций и свидетельствовало о значимой роли рецидивов со стороны желчевыводящих путей в прогрессировании коронарной патологии.

Таблица 1.

Показатели липидного спектра крови у пациентов с билиарной патологией и ИБС

Липидограмма (ммоль/л)	**ЖКБ(n=56)**	**Хр.холецистит(n=32)**	**ГипоДЖП (n=16)**	**ГиперДЖП (n=18)**	**ИБС (n=18)**
ОХС	5,87±1,64*	5,96±1,52*	5,74±0,87	5,02±0,9	6,04±1,13*
ЛПВП	1,35±0,31	1,38±0,27	1,51±0,36	0,9±0,34	1,33±0,27
ЛПНП	3,61±1,31*	3,9±1,37*	3,84±0,87	3,18±0,81	3,99±0,78*
ТГ	1,±0,63	1,88±0,89**	1,46±0,86	1,51±0,5	1,75±0,69**
ИА	3,48±0,87	3,83±1,42*	3,24±0,86	3,15±0,	3,67±0,49
*p<0,05 по сравнению с гипермоторной ДЖП, ** по сравнению с гипомоторной ДЖП					

Таблица 2.

Показатели липидного спектра крови и ИМТ в динамике через 1,5 года

Показатели	**БП(n=36)**	**БП+ИБС (n=50)**	**ИБС (n=18)**
ИМТ (кг/м^2)			
до	28,65±4,91	32,38±6,27	34,25±6,36
после	29,3 ±5,35	33,9±5,77	34,44±5,42
ОХС (ммоль/л)			
до	5,66,±1,37	5,95±1,42	6,05±1,16
после	5,48±0,55	6,5±0,66	5,8±0,73

ЛПНП (ммоль/л)			
до	1,32±0,28	1,36±0,29	1,34±0,26
после	1,37±0,29	1,35±0,19	1,33±0,3
ЛПВП (ммоль/л)			
до	3,70±1,20	3,90±1,30	3,98±0,81
после	3,52±0,7	4,30±,58	3,9±0,46
ТГ (ммоль/л)			
до	1,55±0,66	1,73±0,66	1,76±0,70
после	1,6±0,42	1,7±0,30	1,68±0,22
ИА			
до	3,48±1,24	3,53±1,3	3,56±0,51
после	3,14±0,98	3,76±0,68	3,52±0,67
p<0,05			

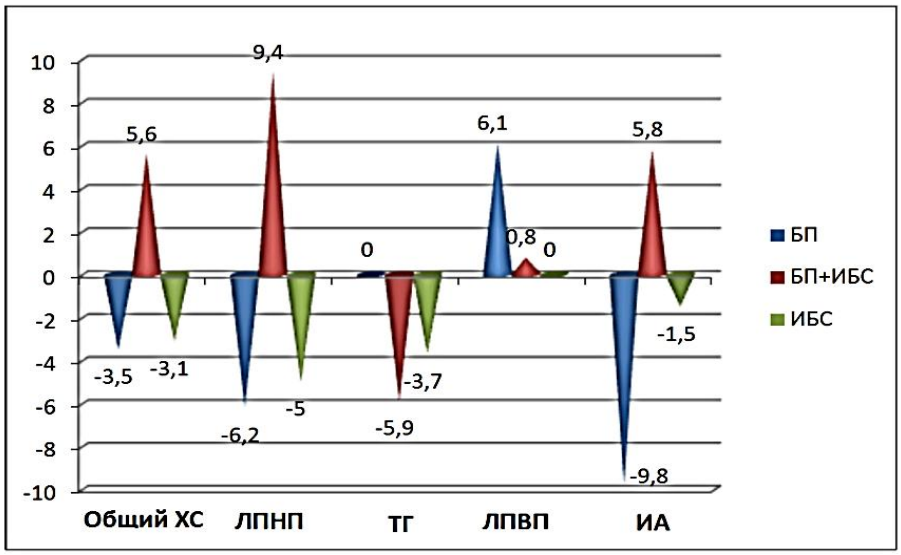


Рис.1. Динамика показателей липидного спектра в течение полутора лет у больных с ИБС, билиарной патологией (БП) без и в сочетании с ИБС.

Выводы. 1) Заболеваниями билиарной системы страдают чаще женщины (63,3%) пожилого возраста с избыточной массой тела превышающей 25 кг/м^2. 2) Кардиалгии в 55% у больных с билиарной патологией имеют сходную клиническую картину с больными ИБС, отличительным признаком является возникновение кардиалгий в связи с нарушением диеты и резистентностью к нитратам.

Употребление большого количества животных жиров, одновременно со значительным снижением количества растительной клетчатки, является особенностью традиционного питания жителей Республики Дагестан и способствует развитию патологий желчевыводящих путей, сопровождающихся нарушениями липидного обмена и формированием ИБС.

АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЫХАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ (В III ТРИМЕСТРЕ)

Р.М. Максимова[1]– студентка 4 курса лечебного факультета,
К.А. Магомедова[1] – ассистент, З.М. Тагиров[2] - аспирант

[1]Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкал
[2]Кафедра акушерства и гинекологи и МГМСУ им. им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Гусейнов

Актуальность. Одышка у беременных в третьем триместре – распространенное явление [4,7]. Чаще всего ее характеризуют как ощущение нехватки воздуха. Связывают это с увеличением матки и ее давлением на окружающие органы, в том числе легкие. Одышка, чувство нехватки воздуха, ощущение сдавленности в груди, на которые жалуются женщины на поздних сроках беременности, чаще всего не являются проявлением органической патологии легких и не несут угрозы для плода [6]. Вместе с тем всегда существует риск пропустить дебютные проявления или обострение хронической бронхолегочной или сердечной патологии. А нарушение функционального состояния дыхательной системы может негативно повлиять на течение беременности и состояние плода [3]. Спирометрия заслуженно считается «золотым стандартом» диагностики заболеваний органов дыхания. Но ее выполнение бывает затруднено во второй половине беременности, при выраженных токсикозах. В связи с этим актуальным является поиск новых безопасных методов диагностики заболеваний органов дыхания у беременных.

Цель исследования: анализ акустических характеристик дыхания беременных в третьем триместре для получения дополнительных маркеров оценки функции внешнего дыхания.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 34 женщины со сроками беременности 28 -40 недель. Всем им было проведено:

1) исследование функции внешнего дыхания с помощью спирографа ЭТОН-01 (для оценки вентиляционной способности легких), из 36 параметров были изучены жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная ЖЕЛ (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду ($ОФВ_1$), модифицированный индекс Тиффно ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ), мгновенная объемная скорость к моменту выдоха 75% ФЖЕЛ ($МОС_{75}$);

2) оценка одышки по модифицированной шкале Борга до беременности ($ШБ_0$), в первом (до 3 мес. – $ШБ_3$), втором (до 6 мес. – $ШБ_6$) и третьем (до 9 мес.- $ШБ_9$) триместрах;

3) акустический анализ дыхательных звуков – бронхофонография (БФГ). Новый инновационный метод диагностики БФГ основан на регистрации звуков дыхания с целью обнаружения специфических акустических признаков изменений в дыхательных путях [5,1]. БФГ проводили на бронхофонографическом диагностическом автоматизированном приборе "ПАТТЕРН" [2] при спокойном и форсированном дыхании. Производились записи трех дыхательных циклов при каждом режиме. Анализировались следующие параметры:

- акустический эквивалент работы дыхания (АРД) (итоговая интегральная характеристика, рассчитываемая как площадь под кривой на бронхофонограмме во временной области, единица измерения – наноджоуль – (нДж). АРД определяется в различных частотных диапазонах: $АРД_0$ – «нулевой» или базовый диапазон (0,2-1,2 кГц); $АРД_1$ – общий диапазон (1,2-12,6 кГц); $АРД_2$ – высокочастотный диапазон (5,0-12,6 кГц); $АРД_3$ – среднечастотный диапазон (1,2-5,0 кГц);

- К – коэффициент, отражающий те же параметры в относительных единицах: весь спектр частот – $К_1 = АРД_1/АРД_0 \times 100$; высокочастотный диапазон – $К_2 = АРД_2/АРД_0 \times 100$; среднечастотный диапазон – $К_3 = АРД_3/АРД_0 \times 100$.

Все обследуемые не имели хронической бронхолегочной патологии в анамнезе, при аускультации легких патологических шумов не выявлялось, беременность протекала без патологии со стороны органов дыхания. С учетом жалоб были выделены следующие группы:

№1 – нет жалоб и не выявлено изменений при спирометрии;

№2 – нет жалоб, но есть изменения ФВД;

№3 – есть жалобы на одышку, но изменений ФВД не выявлено;

№4 – есть жалобы на одышку и выявлены изменения ФВД.

При статистической обработке полученных данных применяли непараметрические критерии, так как распределение показателей отличалось от нормального. Для характеристики вариации вычисляли медиану (Ме), 25 и 75 процентили. Статистическую значимость различия между показателями АРД в различных группах оценивали по критериям Крускала-Уоллиса.

Результаты исследования. Полученные данные представлены в таблицах №1-3.

Таблица 1

Показатели ФВД по группам (медиана –Ме; интерквартильный размах – 25, 75 процентили)

Показатели	Группа №1 (n=9)	Группа №2 (n=5)	Группа №3 (n=7)	Группа №4 (n=13)
ЖЕЛ (% д.в.)	105,2 (102,5; 128,8)	88,8 (87,7;99,9)	109,1 (98,7;114,5)	95,5 (86,7;100,4)
ФЖЕЛ (% д.в.)	112,8 (108,9; 131,8)	92,2 (88; 110,5)	107,9 (99,5; 119,4)	98,7 (93,1; 102,4)
$ОФВ_1$ (% д.в.)	99,7 (94,5; 115,9)	83,7 (80,5; 89,6)	97,9 (95,1; 103,7)	84,9 (81,5; 88,7)
$ОФВ_1$ /ФЖЕЛ (%)	87,9 (87,3; 90,5)	86,9 (84,9; 90,8)	95 (87,2; 100,3)	86,6 85,1; 90,5)
$МОС_{75}$ (л/с)	80,1 (70; 89,3)	48,4 (46,6; 52,5)	83,9 (71,9; 97)	51,6 (45,1; 62,2)

Как видно из таблицы 1, показатели спирометрии в целом по группам находились в пределах нормы, за исключением $МОС_{75}$ (в гр.№2 и №4, что трактовалось как нарушение вентиляционной функции по обструктивному типу, преимущественно на уровне мелких бронхов). При этом анализ показателей ФВД и одышки (по шкале Борга) по критериям Крускала-Уоллиса выявил значимые ($p<0,05$) различия между группами 1-2 (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, $ОФВ_1$, $МОС_{75}$), 2-3 (ЖЕЛ, $ОФВ_1$, $МОС_{75}$, $ШБ_6$, $ШБ_9$), 1-4 (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, $ОФВ_1$, $МОС_{75}$), $ШБ_3$, $ШБ_6$, $ШБ_9$), 2-4 ($ШБ_3$, $ШБ_6$, $ШБ_9$), 3-4 (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, $МОС_{75}$, $ШБ_9$).

В таблицах 2 и 3 отражены акустические параметры дыхания беременных.

Таблица 2

Показатели АРД (нДж) и К в группах (спокойное дыхание)

	АРД1				АРД2				АРД3			
	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4
Ме	7,5	3,2	25,7	3,0	0.4	0,3	0,4	0,3	7,2	2,9	25	2,7
25	1,5	2,6	4,3	1,9	0,2	0,2	0,3	0,2	1,3	2,4	4,1	1,8
75	18.3	35,9	37,1	9,2	0,4	0,4	0,7	0,4	18	35,4	36,6	8,9
	К1				К2				К3			
	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4
Ме	3.3	2,7	3,1	4,4	2,5	2,4	3,0	4,1	0,2	0,1	0,1	0,3
25	2,2	1,9	2,6	2,4	1,9	1,7	2,3	2,0	0,1	0,1	0,1	0,2
75	3.9	6,5	8,0	6,5	3,4	6,4	7,9	6,2	0,4	0,2	0,2	0,4

Примечание: Ме – медиана, 25, 75 – интерквартильный размах показателей АРД и К (значения 25-го и 75-го процентилей).

Таблица 3

Показатели АРД (нДж) и К в группах (форсированное дыхание)

	АРД1				АРД2				АРД3			
	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4
Ме	399	599,8	647,7	723,0	16,4	13,6	25,7	20,9	382,5	588	626,5	705,2
25	196,7	458,3	613,1	582,5	5,1	11,8	22,8	13,5	191,6	444,7	584,7	569,0
75	1423,3	1172,4	931,5	1228,3,	90,5	30,4	33,9	68,7	1324	1096,4	877,5	1156,3
	К1				К2				К3			
	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4	№1	№2	№3	№4
Ме	11,1	16,6	12,6	23,2	10,8	15,8	12,1	21,9	0,3	0,4	0,6	0,8
25	8,8	12,2	11,7	11,6	8,5	12,7	11,2	11,4	0,2	0.3	0,5	0,3
75	19,5	19,0	22.8	45,8	17,8	18,7	21,4	44,1	1,0	0,4	1,0	1,3

Примечание: Ме – медиана, 25, 75 – интерквартильный размах показателей АРД и К (зна-

чения 25-го и 75-го процентилей).

Межгрупповые сравнения по критерию Крускала – Уоллиса не выявили различий в акустических параметрах дыхания (за исключением показателей К3 в группах 2-4.

Таким образом, при противоречивых результатах спирометрии (зачастую связанных с неадекватным выполнением дыхательных маневров из-за беременности) акустический анализ дыхания – БФГ не выявил значимой патологии практически у всех обследованных. Что соответствовало их объективным данным (везикулярное дыхание) и анамнезу (отсутствие указаний на бронхолегочную патологию).

Выводы

1. У беременных, особенно в третьем триместре часто встречаются (58,8%) жалобы на одышку, ощущение нехватки воздуха, сдавления в груди, невозможности сделать полноценный вдох. Это может значительно затруднять диагностику заболеваний органов дыхания (приводя как к гипер-, так и к гиподиагностике).

2. Выполнение спирометрии на поздних сроках беременности достаточно затруднительно, что зачастую приводит к получению противоречивых результатов.

3. Акустический анализ дыхания – БФГ может дать объективные оценочные параметры оценки функции внешнего дыхания. Показатели АРД и К спокойного и форсированного дыхания могут применяться в качестве дополнительных диагностических маркеров.

Литература

1. Гусейнов А.А. Акустические характеристики дыхания у больных легочными заболеваниями / Дис. д.м.н. А.А.Гусейнова. Махачкала, ГОУ ВПО "ДГМА ФАЗ СР", 2011. 225 с.

2. Нахамчен Л.Г. Функция внешнего дыхания во время беременности у здоровых женщин и с неспецифическими заболеваниями органов дыхания // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2001. №8. С.64-68.

3. Майоров М.В., Жуперкова Е.А., Жученко С.Н. Беременность и заболевания органов дыхания // Провизор. 2011. №4.

4. Пат. №5062396 РФ. Способ регистрации дыхательных шумов / В.С. Малышев, С.Н. Ардашникова., С.Ю. Каганов и др. // Бюл. изобрет. 1995. №18.

5. Перельман Ю.М. Региональные функции легких в поздние сроки физиологически протекающей беременности // Физиология человека. 1983. Т.9, №2. С.266-272.

6. Milue J., Howie A.D., Pack A.I. Dyspnoea during normal pregnancy. Br.J. Obstet. Gynaecol. 85: 260, 1978.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

С.М. Абдурахманова – студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Гусейнов

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) относится к наиболее частым заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней [5,6]. Заболеваемость ВП в России согласно расчетам достигает 14-15 ‰, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн человек. Заболеваемость и смертность от внебольничной пневмонии варьируют в различных популяциях и зависят от целого ряда факторов, ухудшающих прогноз [1]. Вместе с тем лечение пневмоний остается сложной задачей практического здравоохранения. Особенно это относится к антибактериальной терапии [3,4].

Цель исследования: определить обоснованность и соответствие выбора антибактериальных препаратов (АБП) федеральным клиническим рекомендациям по антибактериальной терапии ВП в реальной клинической практике в РД при лечении ВП [2].

Материал и методы исследовния. Проведен ретроспективный анализ историй болезней (ИБ) за 2016 год в стационарах Махачкалы (ЦРКБ, Махачкалинская клиническая больница ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, ГБУ РД «Городская клиническая больница №1), Кизилюрта (ЦГБ), Кизилюртовского района (участковые больницы с. Зубутли - Миатли, Новый Чиркей). Всего 52 ИБ (табл.

1).

Таблица 1

2016	Махачкала	Кизилюрт	Кизилюртовский р-н
Мужчины	15	6	9
Женщины	12	4	6
Всего	27	10	15

Результаты. Сомнение вызывала обоснованность тяжести пневмоний (практически всем пациентам выставлялась средняя степень тяжести без указания на объективные критерии). Бактериологическое исследование проведено всего у 6-ти больных (11,5%), рентгенография в двух проекциях – 20 из 52 больных (38,4%), в 7 случаях проведена компьютерная томография, функция внешнего дыхания исследована у 5 (9,6%). В 88% случаев антибактериальная терапия была проведена эмпирически. Применялись следующие АБП: циплокс – 21,1% (11 чел.), цефотаксим – 17,3% (9 чел.), цефтриаксон – 7,6% (4 чел.), амикацин – 15,3% (8 чел.), ванкомицин – 3,8% (2 чел.), цефазолин -38,4% (20 чел.), амписид – 11,5% (6 чел.). Согласно современным данным [6], международными и российскими экспертами рекомендуются три класса АБП: в-лактамы (аминопенициллины, цефалоспорины), макролиды и респираторные фторхинолоны. Но не все они достаточно эффективны из-за проблемы антибиотикорезистентности. В связи с этим препаратами выбора считаются амоксициллин, 16-членные макролиды (джозамицин), цефалоспорины III поколения и респираторные фторхинолоны.

Выводы

1. Назначение антибактериальной терапии не всегда обосновано с позиций антибиотикорезистентности. Так, цефалоспорины I поколения (цефазолин) назначались в 38,4% случаев. Вместе с тем в 46% случаев назначения соответствовали современным клиническим рекомендациям.

2. В большинстве случаев не проводится обоснование степени тяжести пневмонии, что вызывает сомнение в необходимости госпитализации больных.

3. Более чем в половине случаев рентгенобследование проводится только в одной проекции, не исследуется функция внешнего дыхания.

Литература

1. Вовк Е.И., Верткин А.Л. Внебольничная пневмония в начале XXI века : плата за жизнь в большом городе. URL: https://www.lvrach.ru/2008/08/5617789/

2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Пособие для врачей. (МАКМАХ) . М., 2010.

3. Яковлев С.В., Сидоренко С.В., Рафальский В.В. Антибиотикорезистентность как угроза национальной безопасности: фокус на мероприятия в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения // Вестник практического врача. 2014. №3. С 8-11.

4. Яковлев С.В. Клинико-фармакологическое обоснование выбора антибиотика при внебольничных инфекциях дыхательных путей с учетом современного состояния антибиоткорезистентности // Вестник практического врача. Спецвыпуск 2015. №1. С. 12-16.

5. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации.
URL: http://www.rospotrebnadzor.ru;

6. Заболеваемость населения России. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. URL: http://www.mednet.ru

7. Vovk E.I., Vertkin A.L. Community-acquired pneumonia at the beginning of the XXI century: payment for life in a large city.URL: https://www.lvrach.ru/2008/08/5617789/

8. Chuchalin A.G., Sinopalnikov A.I. Community-acquired pneumonia in adults: practical recommendations for diagnosis, treatment and prevention. // Manual for doctors. (IACMAC). Moscow, 2010

9. Yakovlev S.V., Sidorenko S.V., Rafalsky V.V. Antibiotic resistance as a threat to national security: focus on activities in the out-patient health clinic // Bulletin of a Practical Doctor. 2014, №3. P. 8-11

10. Yakovlev S.V. Clinico-pharmacological basis for choosing an antibiotic for community-acquired infections of the respiratory tract, taking into account the current state of antibiotic re-

sistance. // Herald of the practical doctor. Special edition 2015, №1. Pp. 12-16
11. Infectious morbidity in the Russian Federation. URL: http://www.rospotrebnadzor.ru;
12. Incidence of the Russian population. Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Health Organization and Informatization" of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. URL: http://www.mednet.ru

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СООТВЕТСТВИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

Ш.Г. Мужаитова – студентка 4 курса лечебного факультета
Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Гусейнов

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) представляет глобальную проблему здравоохранения – в мире живет около 300 млн больных бронхиальной астмой[5]. Основываясь на данных ряда авторов, можно считать, что общее число больных БА в России приближается к 7 млн человек[1,3]. Глобальность проблемы связана с неуклонным ростом распространенности заболеваемости, инвалидности от неё и смертности.

Распространенность бронхиальной астмы в разных странах мира колеблется от 1 до 18%. По оценкам ВОЗ, ежегодно БА обуславливает потерю 15 млн так называемых DALY (Disability Adjusted Life Year – дословно «год жизни, измененный и потерянный в связи с нетрудоспособностью»), что составляет 1% от общего всемирного ущерба от болезней. По оценкам, от БА умирают 250000 человек в год[5].

Цель исследовния: определить соответствие клинических диагнозов и качество проводимой терапии больным БА в Республике Дагестан по утвержденным рекомендациям, изложенным в программах GINA (Global Initiative forAsthma)[5] и федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению бронхиальной астмы 2016 года[4].

Материал и методы. Сплошной выборкой было проанализировано 38 амбулаторных карт за 2016год в поликлиниках гг. Махачкалы (№№ 6, 7, Республиканская студенческая поликлиника, поликлиника Портовская), Буйнакска (городская поликлиника), а также в селах Буйнакского района (Казанище, Буглен, Атланаул). Согласно современным требованиям для выставления диагноза необходимо проведение спирометрии, рентгенографии грудной клетки, применение дилатационных тестов, АСТ-тестов (Asthma Control Test) для установки уровня контроля над БА.

Таблица

2016	Махачкала	Буйнакск	Буйнакский р-он
Мужчины	4	5	3
Женщины	14	8	4
Всего	18	13	7

Результаты анализов отражены в таблице

Таблица

Населенный пункт	**Имеется спирометрия**	**Проведение дилатационных тестов**	**Наличие R-грудной клетки**	**n-случаев, указания в диагнозе**		
				этиология	**Ст. тяжести**	**Ур. контроля**
Махачкала	16 из18 (88,89%)	2 из 18 (11,11%)	7 из 18 (38,39%)	15 из 18 (83,33%)	11 из 18 (61,11%)	2 из 18 (11,11%)
Буйнакск	3 из 13 (23.08%)	2 из 13 (15,38%)	8 из 13 (61,54%)	11 из 13 (84,62%)	8 из 13 (61,54%)	2 из 13 (15,38%)
Буйнакский р-он	2 из 7 (28,57%)	1 из 7 (14,29%)	4 из 7 (57,14%)	7 из 7 (100%)	6 из 7 (85,71%)	0 из 7 (0%)

Ни в одном из случаев диагноз «Бронхиальная астма» не соответствует рекомендуемым критериям:

1. Этиология указывается в 86, 84%.
2. Степень тяжести – 65,79%.
3. Уровень контроля – 10, 53%.
4. Спирометрия была проведена у 55,26% больных.
5. Дилатационные тесты – всего у 13,16% больных.
6. R-графия грудной клетки – у 50%.

Примеры формулировок диагноза:

Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелое контролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит, легкое течение. Сенсибилизация к аллергенам клещей, домашней пыли.

В лечении применялись следующие группы препаратов:

1. бронходилалаторы (беродуал (57,7%), серетид, симбикорд (63,15%), эуфиллин (34,2%), сальбутамол (7,9%), беротек (13.15%), теуфеллин (15,9%);
2. муколитики (мукалтин, АЦЦ, лазолван, амбробене, гербион, бромгексин, амброксол);
3. системные глюкокортикостероиды (преднизолон, дексометазон).

Выводы. Выявлена неадекватность выбора объема терапии в соответствии с той или иной степенью тяжести заболевания. Назначение муколитиков, хотя они не входят в число препаратов первой линии для лечения бронхообструкции при БА. Назначение короткодействующих β2-агонистов для длительного применения.

Литература

1. Биличенко Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Агар, 1997. Т. 1. С. 400-423.

2. Евдокимова А.Г. Бронхиальная астма // Мед. консультация. 1998. №2. С. 23-31.

3. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит. М.: Атмосфера. 2002. С. 64-70.

4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы (2016)

5. GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION (REVISED 2014).

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ В ДАГЕСТАНЕ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

А.Р. Омарова – студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – д.м.н., проф. Гусейнов А.А.

Актуальность. На сегодняшний день хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается глобальной проблемой во всем мире. ХОБЛ входит в число лидирующих причин по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности[1]. Каждые 10 секунд ХОБЛ убивает одного человека в мире. При этом врачи, даже в Европе и США, успевают диагностировать лишь каждый третий случай этой болезни. Распространенность ХОБЛ неуклонно увеличивается, причем у женщин гораздо быстрее, чем у мужчин. По оценкам экспертов, уже к 2030 году ХОБЛ выйдет на 3-е место среди причин смертности, уступив только инсульту и ишемии сердца. Сегодня насчитывается более 600 миллионов таких больных. До сих пор российские оценки распространенности ХОБЛ были более чем скромными. Однако исследование, проведенное в 12 регионах нашей страны, показало, насколько сильно заблуждались чиновники на сей счет [2]. Распространенность ХОБЛ в мире среди мужчин и женщин составляет соответственно 9,3 и 7,3 на 1000 населения. В настоящее время в США около 10—16 млн людей больны ХОБЛ, причем только 2,4—7,0 млн случаев ХОБЛ правильно и своевременно диагностируют[3]. Распространенность ХОБЛ в странах Европы составляет 4 - 10% взрослого населения [4].

Цель исследовния: определить соответствие клинических диагнозов и качества проводимой терапии больным ХОБЛ в Республике Дагестан (РД) утвержденным рекомендациям, изложенным в программах GOLD 2014 - 2016 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [5] и федеральных клинических рекомендациях 2016 года [6].

Материал и методы. Сплошной выборкой было проанализировано 89 историй болезней за 2016 год в стационарах гг. Махачкалы (ЦРКБ, Махачкалинская клиническая больница ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России), Каспийска (ЦГБ), Дербента (ЦГБ) и 53 амбулаторные карты больных из поликлиник №№ 3, 6 Махачкалы (табл. №1). Согласно современным требованиям для выставления диагноза необходимо проведение спирометрии, применение шкалы одышки Medical Reserch Council (MRC) , CAT-тестов (Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Assessment Test) и учитывать количество обострений за 12 месяцев.

Таблица

2016	Стационар	АПУ
Мужчины	67 (от 35 до 79 лет) Средний возраст – 57.5±7	34(от 48 до 69 лет) Средний возраст – 58,5±4
Женщины	22 (от 34 до 76 лет) Средний возраст – 55.4±6	19(от 42 до 70 лет) Средний возраст - 56± 8
Всего	89	53
Итого	142	

Учреждение	n- случаев при которых выделялся фенотип	Имеется спирометрия	Учет количества обострений	Использование шкалы MRC и Cat-теста
Стационар	0%	32.5% (28 случая)	13.4%(12 случаев)	0%
АПУ	0%	5.6% (3 случая)	7.4%(4 случая)	0%
Итого	0%	21.8%(31 случая)	11.2% (16 случаев)	0%

Результаты исследования. Ни в одном из случаев диагноз «Хроническая обструктивная болезнь лёгких» не соответствует рекомендуемым критериям:

1) не выделялись группы больных A, B, C, D;
2) не использовалась шкала MRC и Cat-тест;
3) число обострений за год учитывалось в 16 случаях;
4) спирометрия была проведена всего 21,8% случаев.

Примеры выставленных диагнозов: обострение хронического бронхита, хронический бронхит с обструктивным синдромом, дыхательная недостаточность 2 стадии, хроническая обструктивная болезнь лёгких в стадии обострения, хронический бронхит с тяжёлым течением.

Необоснованное применение антибиотиков – в 92.2%

В лечении применялись следующие группы препаратов.

1. Антибактериальная терапия (цефотаксим, цефтриаксон, цефазолин, амоксициллин, ампициллин, азитрал, оксамп) применялась практически всем больным. При этом только у 7 больных (7.8%) были признаки обострения (повышение температуры тела, увеличение количества и/или гнойности мокроты, лейкоцитоз в крови, повышение СОЭ, С-реактивного протеина). Неясной оставалась логика назначения конкретных антибактериальных препаратов.
2. Бронходилататоры (беродуал,теопэк, эуфиллин), лишь в 17 случаев (11,9%) назначали пролонгированные бронходилататоры (спирива, спиолта).
3. Муколитики (мукалтин, бромгексин, лазолван,ацетил цистеин).
4. Системные глюкокортикостероиды (дексаметазон, преднизолон).

Выводы

Выявлено: 1) явное несоответствие реально проводимой терапии больным с ХОБЛ существующим рекомендациям; 2) необоснованность назначения антибактериальной терапии (от-

сутствие лихорадки, лейкоцитоза, рентгенологических признаков, бактериальной флоры); 3) неоправданно низкое применение пролонгированных бронходилататоров.

Литература

1. А.Г.Чучалин Хронические обструктивные болезни легких. М.: ЗАО «Издательство БИНОМ». 2008.

2. http://www.mirvboge.ru/2014/11/kolichestvo-bolnyx-xobl-v-rf-zanizheno-pochti-v-10-raz/

3. Протокол ведения больных. Хроническая обструктивная болезнь легких. Отраслевой стандарт. М., 2003.

4. Prevalence of COPD is similar in females and males / R. Plywaczewski, M. Bednarek, L. Jonczak [et al.] // Eur. Respir. J. 2004. Vol. 24, suppl. 48. P.2246.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Л.А. Гаджиева, А.М. Джанмурзаева, В.Н. Азизханова – молодые ученые
Кафедра инфекционных болезней им. Г.П.Руднева
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. Д.Р. Ахмедов

Актуальность. Бруцеллез остается одной из серьезных проблем современной инфектологии, особенно в регионах с животноводческой ориентацией сельского хозяйства. Несмотря на проводимые превентивные мероприятия, заболеваемость бруцеллезом на отдельных территориях Северо-Кавказского, Южного и Сибирского федерального округов России (Дагестан, Калмыкия, Карачаево-Черкесия, Кабардино-Балкария, Северная Осетия, Ставропольский край, Тыва, Хакасия и др.) из года в год остается высокой. В настоящее время в Российской Федерации ежегодно регистрируется до 400-500 случаев впервые выявленного бруцеллеза [2, 5]. Напряженность современной эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в России, в том числе и в Республике Дагестан, обусловлена изменением технологий ведения животноводства, развитием мелких фермерских хозяйств, бесконтрольной миграцией животных по региону, что снижает возможность осуществления учета поголовья крупного и мелкого рогатого скота [2, 4]. Эпидемиологическая значимость бруцеллеза определяется разнообразием путей передачи бруцеллезной инфекции, множественностью ее клинических проявлений, склонностью к хроническому течению болезни, определяющему значительный экономический и социальный ущерб.

Известно, что для бруцеллеза характерно вовлечение в патологический процесс почти всех органов и систем [4]. По данным ряда авторов, изменения со стороны мочевыделительной системы характерны для больных различными клиническими формами бруцеллёза и встречаются при хроническом бруцеллезе в 48,8% случаев [1, 3], при этом у 18,7% больных в моче обнаруживается белок, у 11,6% – преходящие нарушения концентрационной функции почек. По данным Т.В. Антоновой с соавт. (2000), А.З. Кутмановой (2001), основным маркером патологии почек при бруцеллезе служит мочевой синдром, который регистрируется у 48,5% больных острой, 31% – подострой, 36% – хронической и у половины больных – резидуальной формами бруцеллеза. Целенаправленная клиническая, лабораторная и инструментальная (УЗИ) оценка состояния почек у больных бруцеллезом позволила установить частое их вовлечение в патологический процесс (до 60%), при этом поражение почек при бруцеллезе отличается малосимптомностью, с большим постоянством встречаются протеинурия, гематурия, УЗИ-признаки патологии, по результатам морфологического исследования у больных бруцеллезом авторами было выявлено преобладание мезангиально-пролиферативного гломерулонефрита [1, 3].

Последние десятилетия большое внимание уделяется вопросам совершенствования терапии бруцеллезной инфекции. Терапия современного бруцеллеза включает антибиотикотерапию, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, применение препаратов иммунотропного и антиоксидантного действия, физиотерапию, а также симптоматическую терапию и др. [4]. Однако, несмотря на большое количество различных методов лечения больных бруцеллезом, существующие методы терапии не позволяют достигнуть стойкого клинического эффекта и не удовлетворяют клиницистов.

В доступной нам литературе сведения о поражении мочевыделительной системы, в том числе и функционального состояния почек у женщин, больных бруцеллезом, недостаточны или отсутствуют. В связи с этим очевидна необходимость дальнейшего углубленного изучения функционального состояния почек женщин, больных бруцеллезом, для усовершенствования лечения.

Цель исследования: клинико-функциональная оценка состояния почек у женщин, больных бруцеллезом.

Материал и методы. В исследование вошли 180 женщин в возрасте 15-50 лет, из которых у 150 диагностировался бруцеллез различных клинических форм, и 30 практически здоро-

вых женщин того же возраста. Из обследованных больных 32% страдали острым бруцеллезом, 7% – подострым и 62% – хроническим бруцеллезом. Среди обследованных 180 женщин 35% были в возрасте 15-29 лет, 27% – 30-39 лет и 40% – 40-49 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных женщин по форме бруцеллеза и возрасту

Возрастная Группа (лет)	Клинические формы бруцеллеза			Всего
	острый	подострый	хронический	
15-29	21	5	28	54
30-39	7	2	27	36
40-49	19	3	38	60
Итого	47	10	93	150

У 66% больных бруцеллезом женщин длительность заболевания составляла до 1 года, у 46% – 1-5 лет, а у остальных 11% – более 5 лет (табл. 2).

Таблица 2

Длительность заболевания у женщин, больных различными формами бруцеллеза

Длительность заболевания	Клинические формы бруцеллеза			Всего
	острый	подострый	хронический	
До 1 года	31	6	29	66
1- 5 лет	14	4	50	68
Более 5 лет	2	-	14	16

При обследовании женщин, больных бруцеллезом, использовались следующие методы.

1. Общепринятые методы клинического обследования больных (общий анализ мочи с оценкой физико-химических свойств и исследование мочевого осадка на анализаторе мочи, определение альбуминурии/протеинурии с помощью мочевых полосок для визуальной интерпретации, концентрация белка в моче на СФ).
2. Бактериологические методы выделения бруцелл из крови (посев крови на транспортные среды – РПЧС).
3. Серологические методы исследования: реакция Райта, Хеддельсона, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом.
4. Кожно - аллергическая проба Бюрне.
5. Инструментальные методы исследования: R-графия, МРТ, КТ УЗДГ, ультрасонографическое исследование органов брюшной полости и почек на аппарате УЗИ.
6. Исследования мочи: микроальбуминурия, мочевина, креатинин, проба Реберга (клиренс эндогенного креатинина), проба Зимницкого, анализ по Нечипоренко.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у 41 (27,3%) женщины, больной бруцеллезом, были выявлены клинико-функциональные нарушения состояния почек.

Большая часть больных женщин, больных бруцеллезом, с поражением почек жаловалась на лихорадку и общую слабость, другие жалобы встречались у половины больных (табл. 3).

Таблица 3

Частота жалоб у женщин, больных бруцеллезом

Жалобы больных	Количество больных (n)	%
Общая слабость	95	63,3
Артралгия	67	44,7
Лихорадка	111	74,0
Озноб	76	50,7
Пот	68	45,3
Головная боль	69	46,0

У 14% больных с бруцеллезной нефропатией на МРТ выявляется картина хронического пиелонефрита, а у остальных больных данная методика исследования не показывает патологию почек (табл. 4).

Таблица 4

Частота изменений при магнитно-резонансной томографии почек у больных бруцеллезом

Данные МРТ почек	Количество больных (n)	%
Норма	127	84,6
Хронический пиелонефрит	21	14
Эховключения в почках	1	0,7
Нефроптоз	1	0,7
Итого	150	100,0

У 33,3% больных бруцеллезом выявляются изменения при УЗИ почек (табл. 5).

Таблица 5

Частота ультразвуковых изменений в почках у больных бруцеллезом

УЗИ-данные	Количество больных (n)	%
Диффузные изменения в почках	22	14,6
Признаки солевого диатеза	3	2
Нефроптоз	1	0,7
Хронический пиелонефрит	19	12,6
Мелкие эховключения	5	3,5
Норма	100	66,6
Общий итог	150	100,0

Допплерографически удается выявлять усиление сосудистой сети в почках только у 4,7% больных бруцеллезной нефропатией женщин детородного возраста (табл. 6).

Таблица 6

Частота ультразвукового допплеровского усиления сосудистого рисунка почек у больных бруцеллезом

УЗДГ	Количество больных (n)	%
Усиление сосудистого рисунка почек	7	4,7
Норма	143	95,3
Общий итог	150	100,0

В общем анализе крови обследованных женщин обращает на себя внимание некоторое снижение уровня гемоглобина и повышение лейкоцитов и СОЭ по сравнению с показателями здоровых женщин (табл. 7).

Таблица 7

Средние показатели общего анализа крови у женщин, больных бруцеллезом

Показатель	Больные бруцеллезом	Контроль
Нв, г/л	119,5	126,3
Эр, х 10^{12}/л	4,2	4,1
СОЭ, мм/час	15,0	3,5
L, х 10^{9}/л	6,4	5,8
Эо, %	1,8	2,5
П, %	1,9	1,9
С, %	60,3	57,6

Лф, %	31,0	31,6
Мо, %	5,1	6,5

У больных бруцеллезом число лейкоцитов в моче превышает показатели контрольной группы (табл. 8).

Таблица 8

Средние показатели общего анализа мочи у больных бруцеллезом и здоровых женщин

Данные	Группа	
	Контроль	Больные бруцеллезом
Удельный вес мочи	1017,5	1019,1
Белок, г/л	0,0	0,1
Лейкоциты, в поле зрения	2,2	9,4
Эритроциты, в поле зрения	0,0	1

Также была оценена картина общего анализа мочи у больных женщин с бруцеллезной нефропатией, которая представлена в таблице 9. Обращает на себя внимание достоверное увеличение удельного веса мочи при хроническом бруцеллезе по сравнению с показателем здоровых женщин. При клинически незначимой разнице между группами по содержанию белка и количества лейкоцитов в моче, отмечается статистически достоверное отличие данных показателей между группами.

Таблица 9

Показатели анализа мочи у женщин, больных бруцеллезом

Показатель	Острый бруцеллез (n = 49)		Подострый бруцеллез (n = 10)		Хронический бруцеллез (n = 91)		Здоровые (n = 30)		P (для критерия Манна-Уитни)					
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	о-п	о-х	п-х	о-з	п-з	х-з
Удельный вес	1018,6	5,0	1017,9	3,8	1020,2	5,0	1017,5	2,9	0,777	0,088	0,217	0,212	0,574	0,004
Белок, г/л	0,025	0,031	0,013	0,017	0,04	0,038	0,0	0,0	0,431	0,034	0,034	0,001	0,061	<0,001
Лейкоциты, /мл	114,2	8,0	121,0	7,3	111,4	6,6	119,3	3,2	0,059	0,017	0,0006	0,0008	0,901	<0,001
Эритроциты, /мл	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	18,3	0,0	0,0	1,000	0,748	0,865	1,000	1,000	0,787
Микроальбуминурия, г/сут.	10,4	9,9	5,0	5,9	14,3	11,0	3,8	3,5	0,207	0,012	0,008	0,080	0,696	<0,001
Проба Зимницкого	1018,6	5,0	1018,3	4,7	1020,0	5,1	1017,3	2,9	0,816	0,141	0,351	0,143	0,492	0,003
Проба Нечипорен-ко	3993,9	1845,5	2770,0	1138,3	4444,5	2121,5	978,8	501,7	0,028	0,179	0,009	0,000	<0,001	<0,001
Мочевина, мм/сут.	176,1	74,5	155,5	57,6	202,0	81,9	327,2	910,9	0,275	0,167	0,074	0,329	0,974	0,020
Креатинин, мкм/сут.	5634,4	1915,6	6756,3	1309,4	6145,1	2040,9	8007,2	851,7	0,054	0,404	0,042	<0,001	0,002	<0,001
Проба Реберга, мл/мин	90,9	35,0	101,4	36,9	104,9	33,3	99,1	12,2	0,840	0,027	0,111	0,335	0,160	0,210

Таким образом, наиболее характерными субъективными проявлениями бруцеллезной нефропатии у женщин являются такие симптомы, как интоксикация, проявляющаяся общей слабостью и лихорадкой, при этом для общего анализа крови свойственны некоторое снижение

уровня гемоглобина и значимое ускорение скорости оседания эритроцитов. Также отмечены у женщин с бруцеллезом симптомы поражения почек в виде протеинурии и лейкоцитурии при пробе Нечипоренко. Выявленные нарушения требуют необходимости разработки более эффективных схем лечения больных с бруцеллезной инфекцией для коррекции состояния почек.

Литература

1. Антонова Т.В., Кутманова А.З., Те В.Е. Поражение почек при бруцеллезе // Нефрология, 2000. № 4. С.31-34.
2. Желудков М.М., Кулаков Ю.К., Хадарцев О.С., Горшенко В.В., Цирельсон Л.Е. Состояние заболеваемости бруцеллезом в Российской Федерации // Дезинфекционное дело. 2009. № 2. С.38-40.
3. Кутманова А.З. Значение иммунопатологических реакций в поражении почек при бруцеллезе //Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета. 2001. № 2. С.122-124.
4. Лучшев В.И. Бруцеллез // Российский медицинский журнал. 2004. № 1. С.42-46.
5. Лямкин Г.И., Пономаренко Д.Г., Худолеев А.А., Вилинская С.В., Зайцев А.А., Куличенко А.Н. Эпидемическая ситуация по бруцеллезу в Российской Федерации и государствах – участниках Содружества Независимых Государств // Инфекционные болезни. Новости. Лечение. Обучение. 2016. № 1. С.68-74.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Д.А. Акаева – студентка 5 курса лечебного факультета, И.Б. Гамзалов – аспирант, Н.Б. Гамзалова – аспирант, К.Т. Билалова – студентка 4 курса стоматологического факультета

Кафедра инфекционных болезней им. Г.П.Руднева
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – к.м.н., доц. С.А. Пашаева

Актуальность. Вирусные гепатиты остаются глобальной проблемой повсеместно и занимают лидирующие позиции в структуре инфекционных заболеваний (Покровский В.И., Малеев В.В., 2003).

Причиной широкого распространения вирусных гепатитов явилось множество факторов, среди которых можно выделить отмечающийся во всем мире глобальный рост наркомании.

Открытия последних десятилетий в области иммунологии и вирусологии позволили сегодня идентифицировать 9 гепатотропных вирусов, среди которых лидирующие позиции занимают вирусные гепатиты В и С. Основную группу риска заражения вирусными гепатитами В и С составляют лица, употребляющие парентеральные наркотики. Высок риск заражения парентеральными вирусными гепатитами и среди медицинских работников.

Неблагоприятной остается ситуация по вирусным гепатитам В и С и в Республике Дагестан.

Цель исследования: анализ заболеваемости ГВ и ГС в РД за 2006-2016 гг.

Материал и методы. Проведен эпидемиологический анализ заболеваемости ГВ и ГС в РД за 2006-2016 гг.

Результаты исследования. Динамика заболеваемости хроническими гепатитами В и С характеризовалась подъемом в 2012 г. и 2013 г. (рис.1).

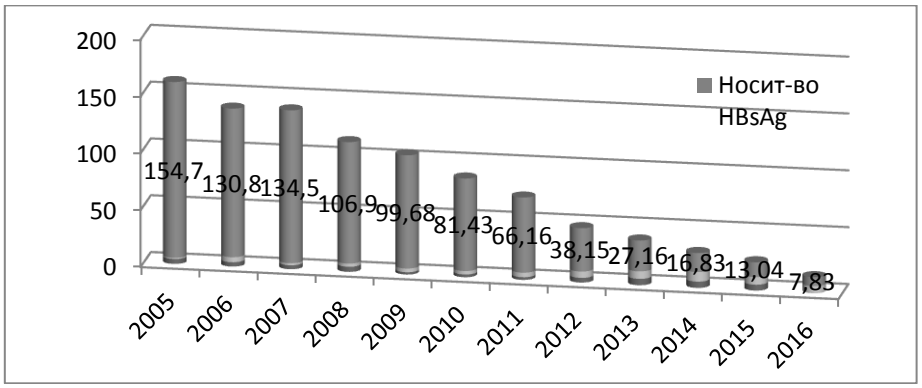


Рис. 1 **Динамика структуры заболеваемости ХВГ за 2005-2016гг.**

Наиболее высокий ежегодный темп прироста заболеваемости отмечался в 2012г. и в 2013г. В 2014-2015 годах темп прироста составил 14% и 14,6% соответственно.

С 2010 года прослеживаются изменения в структуре заболеваемости хронических вирусных гепатитов (ХВГ).

Соотношение удельного веса ХГВ и ХГС идет в сторону увеличения доли ХГС в общей структуре заболеваемости. Количество случаев ХГВ в 2015 году составило 43,8 % от всех зарегистрированных (в 2014г. – 39,7%, в 2013г.–45,9 %). В то же время случаев ХГС было зарегистрировано 56,2% (2014г. – 60,3%, в 2013г. –54,1 %).

При проведении анализа выявлена значительная неравномерность по уровню заболеваемости гепатитами В и С по территориям РД за последние 3 года (табл. 1).

Таблица 1

Заболеваемость хроническим вирусным гепатитом В за 2014-2016гг.

№ п/п	Наименования территорий	Январь - ноябрь 2016г.		Январь - декабрь 2015г.		Превышение республиканского показателя за 2015год	Январь - декабрь 2014г.		Рост, снижение
		абс. число	ИП	абс. число	ИП		абс. число	ИП	
1	Сергокалинский	6	21,52	10	36,03	+ 7,0	1	3,60	9 сл.
2	Дербентский	50	49,01	31	30,51	+5,9	30	29,52	1 сл.
3	Тарумовский	2	7,91	7	21,74	+4,2	7	21,74	-
4	Акушинский	3	5,65	7	13,25	+2,6	5	9,47	2 сл.
5	Магарамкентский	5	8,05	7	11,28	+2,2	2	3,22	5 сл.
6	Кайтагский	1	3,09	3	9,34	+1,8	12	37,37	-9 сл.
7	Ботлихский	5	8,87	5	8,97	+1,7	4	7,17	1 сл.
8	г.Дербент	10	8,25	10	8,30	+1,6	11	9,13	-1 сл.
9	г. Юж.-Сухокумск	2	19,31	2	19,63	+3,8	2	19,63	-
10	г. Даг. Огни	5	17,44	8	28,44	+5,5	10	35,55	-2 сл.
11	г. Каспийск	11	10,25	5	4,46	-	9	8,56	-5 сл.
12	г. МАХАЧКАЛА	25	3,52	24	3,40	- в 1,5 раза	23	3,26	1 сл.
	РЕСПУБЛИКА	147	4,87	155	5,18		164	5,52	-9 сл.

С 2010 года заболеваемость ХГВ в 2015 г. снизилась на 6,2% (ИП-5,18-156 случаев против ИП-5,52-164 в 2014 г.) и в 2,1 раза ниже в сравнении с показателем по РФ (10,79). Среди детей до 17 лет зарегистрировано 8 случаев ХГВ.

В 2015 году по г. Махачкале заболеваемость в сравнении с республиканским показателем 2015 и 2016 гг. увеличилась в 1,7 раза (табл.2).

Таблица 2

Заболеваемость хроническим вирусным гепатитом С в 2014-2016гг.

№ п/п	Наименования территорий	Январь - ноябрь 2016г.		Январь - декабрь 2015г.		Превышение республиканского показателя за 2015год	Январь - декабрь 2014г.		Рост, снижение
		абс. число	ИП	абс. число	ИП		абс. число	ИП	
1	Чародинский	1	8,23	3	25,19	3,8	1	8,40	2 сл.
2	Сергокалинский	4	14,35	6	21,62	3,2	3	10,81	3 сл.
3	Кумторкалинский	0	0,00	4	15,46	2,3	2	7,73	2 сл.
4	Дербентский	22	21,56	12	11,81	1,8	21	20,67	-9 сл.
5	Ботлихский	2	3,55	6	10,76	1,6	3	5,38	3 сл.
6	Агульский	0	0,00	1	9,45	1,4	0	0,00	1 сл.
7	Кизилюртовский	5	7,37	5	7,51	1,1	8	12,01	-3 сл.
8	Тарумовский	6	23,74	2	6,21	--	2	6,21	-
9	Гергебильский	3	14,49	0	0,00		4	19,61	-4 сл.
10	г. Кизилюрт	6	13,15	6	17,56	2,6	4	11,71	2 сл.
11	г. Буйнакск	13	20,53	11	17,48	2,6	3	4,77	8 сл.
12	г. Дербент	6	4,95	17	14,11	2,1	11	9,13	6 сл.
13	г. Даг.Огни	7	24,42	3	10,66	1,6	11	39,10	-8 сл.
14	г. Каспийск	5	4,66	8	7,61	1,1	22	20,93	- 2.8 раз
15	г. Юж.-Сухокумск	2	19,31	2	19,63	2,9	2	19,63	-
16	г. Избербаш	7	12,30	1	1,78	-	4	7,10	-3 сл.
17	г. Кизляр	6	11,82	3	6,24	-	2	4,16	+1 сл.
18	г. МАХАЧКАЛА	74	10,41	82	11,62	1,7	107	15,16	-23.4 %
	РЕСПУБЛИКА	190	6,30	200	6,69		249	8,38	-20.2 %

Анализ возрастной структуры ХВГ показал, что преобладают молодые лица в возрасте 30-39 лет. По-прежнему высокий удельный вес заболеваемости отмечается среди городского населения – 66,3%, сельского –33,7%.

Вывод. Эпидемиологическая ситуация по хроническим вирусным гепатитам В и С в Республике Дагестан остается неблагополучной и напряженной, что требует повышения эффективности комплексных мер по профилактике парентеральных гепатитов, вакцинопрофилактики гепатита В (охват населения), в том числе по обеспечению инфекционной безопасности в медицинских организациях при проведении медицинских манипуляций, трансфузий плазмы и компонентов крови, обращении с медицинскими отходами.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Л.А. Гаджиева– аспирант, А.М. Джанмурзаева – аспирант, В.Н. Азизханова – студентка 6 курса лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней им. Г.П.Руднева

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – к.м.н., доц. А.Р. Тагирбекова

Актуальность. Бруцеллез остается одной из серьезных проблем современной инфектологии, особенно в регионах с животноводческой ориентацией сельского хозяйства – на отдельных территориях Северо-Кавказского, Южного и Сибирского федерального округов России (Дагестан, Калмыкия, Карачаево-Черкесия, Кабардино-Балкария, Северная Осетия, Ставропольский край, Тыва, Хакасия и др.) В настоящее время в Российской Федерации ежегодно регистрируется до 400-500 случаев впервые выявленного бруцеллеза.

Известно, что для бруцеллеза характерно вовлечение в патологический процесс почти всех органов и систем. По данным ряда авторов, изменения со стороны мочевыделительной системы характерны для больных различными клиническими формами бруцеллёза и встречаются при хрони-

ческом бруцеллезе в 48,8% случаев, при этом у 18,7% больных в моче выявляется белок, у 11,6% – преходящие нарушения концентрационной функции почек. По данным Т.В. Антоновой с соавт. (2000), А.З. Кутмановой (2001), основным маркером патологии почек при бруцеллезе служит мочевой синдром, который регистрируется у 48,5% больных острой, 31% – подострой, 36% – хронической и у половины больных – резидуальной формами бруцеллеза. Целенаправленная клиническая, лабораторная и инструментальная (УЗИ) оценка состояния почек у больных бруцеллезом позволила установить частое их вовлечение в патологический процесс (до 60%), при этом поражение почек при бруцеллезе отличается малосимптомностью, с большим постоянством встречаются протеинурия, гематурия, УЗИ-признаки патологии, по результатам морфологического исследования у больных бруцеллезом авторами было обнаружено преобладание мезангиально-пролиферативного гломерулонефрита.

В доступной нам литературе сведения о поражении мочевыделительной системы, в том числе и функционального состояния почек у женщин, больных бруцеллезом, недостаточны или отсутствуют. В связи с этим очевидна необходимость дальнейшего углубленного изучения функционального состояния почек женщин, больных бруцеллезом, для усовершенствования лечения.

Цель исследовния: клинико-функциональная оценка состояния почек у женщин, больных бруцеллезом.

Материал и методы. В исследование вошли 180 женщин в возрасте 15-50 лет, из которых у 150 диагностировался бруцеллез различных клинических форм и 30 практически здоровых женщин. Из обследованных больных 32% страдали острым бруцеллезом, 7% – подострым и 62% – хроническим бруцеллезом. Среди обследованных 180 женщин 35% были в возрасте 15-29 лет, 27% – 30-39 лет и 40% – 40-49 лет.

У 66% больных бруцеллезом женщин длительность заболевания составляла до 1 года, у 46% – 1-5 лет, а у остальных 11% – более 5 лет.

При обследовании женщин, больных бруцеллезом, с целью оценки состояния почек выполнялось исследование мочи с определением содержания мочевины, креатинина, микроальбуминурии, пробы Реберга (клиренс эндогенного креатинина), пробы Зимницкого; анализом по Нечипоренко; ультрасонографическое исследование органов брюшной полости и почек на аппарате УЗИ с применением допплерографии, МРТ.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у 41 (27,3%) женщины, больной бруцеллезом, были выявлены клинико-функциональные нарушения состояния почек.

Большая часть больных женщин, больных бруцеллезом, с поражением почек жаловались на лихорадку и общую слабость, другие жалобы встречались у половины больных. Так, общая слабость отмечалась у 63,3% больных, артралгии – у 44,7%, лихорадка – у 74,0%, озноб – у 50,7%, потливость – у 45,3%, головная боль – у 46,0% больных.

Результаты общего анализа мочи показали, что у женщин, больных бруцеллезом, число лейкоцитов в моче превышает показатели контрольной группы, составляя в среднем 9,4 в поле зрения при 2,2 – у здоровых лиц. Обращает на себя внимание достоверное увеличение удельного веса мочи при хроническом бруцеллезе по сравнению с показателем здоровых женщин. При клинически незначимой разнице между группами по содержанию белка и количеству лейкоцитов в моче, отмечается статистически достоверное отличие данных показателей между группами (табл. 1).

Таблица 1

Показатели анализа мочи у женщин, больных бруцеллезом

Показатель	Острый бруцеллез (n = 49)		Подострый бруцеллез (n = 10)		Хронический бруцеллез (n = 91)		Здоровые (n = 30)		P (для критерия Манна-Уитни)					
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	о-п	о-х	п-х	о-з	п-з	х-з
Удельный вес	1018,6	5,0	1017,9	3,8	1020,2	5,0	1017,5	2,9	0,777	0,088	0,217	0,212	0,574	0,004
Белок, г/л	0,025	0,031	0,013	0,017	0,04	0,038	0,0	0,0	0,431	0,034	0,034	0,001	0,061	<0,001
Лейкоциты, /мл	114,2	8,0	121,0	7,3	111,4	6,6	119,3	3,2	0,059	0,017	0,0006	0,0008	0,901	<0,001
Эритроциты, /мл	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	18,3	0,0	0,0	1,000	0,748	0,865	1,000	1,000	0,787
Микроальбуминурия, г/сут.	10,4	9,9	5,0	5,9	14,3	11,0	3,8	3,5	0,207	0,012	0,008	0,080	0,696	<0,001
Проба Зимницкого	1018,6	5,0	1018,3	4,7	1020,0	5,1	1017,3	2,9	0,816	0,141	0,351	0,143	0,492	0,003
Проба Нечипорен-ко	3993,9	1845,5	2770,0	1138,3	4444,5	2121,5	978,8	501,7	0,028	0,179	0,009	0,000	<0,001	<0,001
Мочевина, мм/сут.	176,1	74,5	155,5	57,6	202,0	81,9	327,2	910,9	0,275	0,167	0,074	0,329	0,974	0,020
Креатинин, мкм/сут.	5634,4	1915,6	6756,3	1309,4	6145,1	2040,9	8007,2	851,7	0,054	0,404	0,042	<0,001	0,002	<0,001
Проба Реберга, мл/мин	90,9	35,0	101,4	36,9	104,9	33,3	99,1	12,2	0,840	0,027	0,111	0,335	0,160	0,210

У 33,3% больных бруцеллезом выявляются изменения при УЗИ почек, характеризующиеся в 14,6% диффузными изменениями, в 12,6% – признаками хронического пиелонефрита, в 3,5% – мелкими эховключениями, в 2% – признаками солевого диатеза, в 0,7% – нефроптозом. Допплерографически удается выявлять усиление сосудистой сети в почках у 4,7% женщин, больных бруцеллезной нефропатией.

У 14% больных бруцеллезной нефропатией на МРТ выявляется картина хронического пиелонефрита, а у остальных больных данная методика исследования не показывает патологию почек.

Таким образом, наиболее характерными субъективными проявлениями бруцеллезной нефропатии у женщин являются такие симптомы, как интоксикация, проявляющаяся общей слабостью и лихорадкой, а также симптомы поражения почек в виде протеинурии и лейкоцитурии при пробе по Нечипоренко. Выявленные нарушения требуют необходимости разработки более эффективных схем лечения больных бруцеллезом.

ПРИМЕНЕНИЕ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Н.М. Магомедов – ассистент

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители – д.м.н., проф. Меджидов Р.Т., д.м.н., проф. М.Г. Магомедов

Актуальность. Актуальность данной проблемы объясняется увеличением числа больных с осложнённым хроническим рецидивирующим панкреатитом, верификации анатомии билиарно-панкреатических путей и их вариантов с оценкой их состояния, определение состояния тканей поджелудочной железы и главного панкреатического протока для точной дифференциальной диагностики в выборе способа хирургического лечения.

Цель исследования: изучение диагностических возможностей магнитно-резонансной холангио-панкреатографии в сочетании с ультразвуковым навигационным исследованием гепатопанкреатодуоденальной зоны при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита.

Материал и методы исследования. В клинике общей хирургии Даггосмедуниверситета в период с 2010 по 2016 год ультразвуковое навигационное исследование в сочетании с магнитно-резонансной холангиопанкреатографией выполнен 54 пациентам. Из них 14 больных-контрольной группы, 40 – основной группы. У 85% больных выявлена гипертензия билиарно-панкреатического древа. Возраст пациентов 35 - 77 лет, в среднем 46,5±2,3 лет. В качестве первичного метода обследования всем больным проводили ультразвуковое навигационное исследование как скрининг-тест для магнитно-резонансной холангиопанкреатографии.

Магнитно-резонансная томография проводилась на магнитно-резонансном томографе фирмы "Дженерал Электрик" "Сигна Контур" (США) со сверхпроводящим магнитом напряженностью магнитного поля 0,5 Тл, с использованием катушки для всего тела (body coil).

Обследовали больных натощак во избежание возможного суммарного проекционного наслоения содержимого дистальных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки на изображение билиарно-панкреатического древа при применении специальных программ магнитно-резонансной холангиопанкреатографии.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография в сочетании с ультразвуковой навигацией отмечены диагностическое качество у всех 54 пациентов.

Результаты исследования. Наиболее частой причиной окклюзии желчных протоков являлись камни. У 15 пациентов (28,8%) был холецисто-холедохолитиаз среди гепатопанкреатодуоденальной патологии. Поэтому магнитно-резонансная холангио-панкреатография в сочетании с ультразвуковой навигацией является методом выбора точной диагностики у данной категории пациентов.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография в сочетании с ультразвуковой навигацией позволяет визуализировать желчные протоки в начале и после уровня окклюзии и дает реальную картину состояния протоков печени и поджелудочной железы.

Во всех наблюдениях магнитно-резонансная холангиопанкреатография в сочетании с ультразвуковой навигацией позволяла точно определить локализацию сужения, ее длину и причину. У 2 больных отмечено было сужение холедоха на уровне культи пузырного протока, что указывало на их ятрогенный генез, у 2 – сужение гепатикоеюноанастомоза, у 9 - сужение длиной от 1,5 до 2 см локализовалось в области слияния холедоха и вирсунгова протока и в проксимальном отделе гепатикохоледоха. Доброкачественные сужения при магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в сочетании с ультразвуковой навигацией чаще имели вид суженного просвета (4) с четкими ровными контурами с определением престенотического расширения.

Критериями при принятии решения о рациональном выборе способа хирургической коррекции гепатопанкреатодуоденальной патологии являются не полнота сужения и деформация протоков, а место локализации окклюзии или сужения, длины её, точность предоперационной

оценки распространённости фиброзно-воспалительного процесса в тканях поджелудочной железы, а также характер сужения холедоха и деформации двенадцатиперстной кишки при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита.

Из 8 наблюдений хронического панкреатита в 2 случаях выявили выраженное сужение ретропанкреатической части холедоха за счет хронического воспалительного процесса, в 6 случаях сдавление дистальной части холедоха было вызвано кистами головки поджелудочной железы. На магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в сочетании с ультразвуковой навигацией обструкция желчного протока имела конусообразный вид с постепенным сужением просвета холедоха. Поэтому отмеченные изменения его прослеживались на всем протяжении головки поджелудочной железы, включая область фатерова соска. Во всех случаях отмечалось умеренное супрастенотическое расширение желчных протоков и неравномерное расширение вирсунгова протока.

Выводы. Ультразвуковая навигация в сочетании с магнитно-резонансной холангиопанкреатографией является методом неинвазивным, безопасным, не требует введения контрастных веществ, позволяет одновременное сочетание с традиционной магнитно-резонансной томографией для оценки морфологического состояния органов гепатопанкреатодуоденальной патологии и обладает высокой диагностической информативностью.

Ультразвуковая навигация в сочетании с магнитно-резонансной холангио-панкреатографией позволяет предупредить возможные ошибки в выборе оптимального способа операций у больных при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Н.М. Магомедов – ассистент

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители – д.м.н., проф. Р.Т. Меджидов, д.м.н., проф. М.Г. Магомедов

Актуальность. Выбор лечебной тактики хирургического лечения при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита обусловлен значительным ростом числа больных и необходимостью применения более широких радикальных методов (резекционных, резекционно-дренирующих и дренирующих технологий). Несмотря на некоторые успехи фармакотерапии, число лиц, которым требуется хирургическое лечение, остаётся высоким (до 70%). Своевременно выполненная радикальная хирургическая коррекция даёт лучшие результаты.

Цель исследования: оценка результатов лечения больных и выбор оптимальных способов операций при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита.

Материал и методы исследования. В клинике общей хирургии Даггосмедуниверситета в период с 2010 по 2016 год подвергнуто лечению 320 больных с осложнёнными формами хронического рецидивирующего панкреатита. Средний возраст пациентов 45,6±2,2 лет. Для диагностики характера патологических изменений в поджелудочной железе и установления показаний к оперативному лечению, наряду с клиническими и лабораторными данными, проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию и др.

В 233 случаях преимущественно были использованы консервативное лечение и малоинвазивные хирургические вмешательства. В 87 случаях выполнены резекционные, резекционо-дренирующие и дренирующие технологии, которые носили повторный характер.

Фиброзно-воспалительные поражения тела поджелудочной железы были у 10 (11,5 %) пациентов, хвоста поджелудочной железы – у 11 (12,6%), кистозные образования поджелудочной железы диагностированы у 21 (24,1 %) пациента, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы – у 31(35,7%), с изолированным поражением головки поджелудочной железы – у 14 (16,1%).

9 (10,3%) больным выполнена ПДР, 33 (37,9%) пациентам ГПДР, операция Бегера – 7 (8,1%), операция Фрея – 17 (19,6%), центральная резекция поджелудочной железы – 10 (11,5%) пациентам, дистальная резекция поджелудочной железы – 11 (12,6%) больным.

Больные в зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа были разбиты на две группы: основную группу – 44 пациента, которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были сформированы на управляемых «каркасных» дренажах, и контрольную группу – 43 пациента, которым вышеуказанная методика не применялась.

Результаты исследования. При этом интраоперационные осложнения в контрольной группе больных отмечались в 2,5 раза чаще, чем в основной; послеоперационный панкреатит – почти в 5,5 раза чаще; несостоятельность панкреатоеюноанастомоза – в 4,2 раза чаще; аррозивные кровотечения – в 3 раза чаще.

Сроки госпитализации больных в основной группе были значительно меньше, чем в контрольной. Общая летальность в основной группе больных отсутствовала, а в контрольной составила 12,8%.

Причиной развития несостоятельности билио- и панкреатодигестивных анастомозов является образование «трансцеллюлярного бассейна» в изолированной по Ру петле тощей кишки, с которой сформированы все три анастомоза, в условиях наличия гастроэнтеростаза вследствие поступления в ее просвет всей трансцеллюлярной жидкости из органов верхних отделов брюшной полости. Декомпрессия изолированной по Ру петли тощей кишки путем наружного отведения указанной «трансцеллюлярной жидкости» на период заживления анастомозов позволила нам нивелировать местные послеоперационные осложнения.

Выводы. Показаниями к хирургическому лечению хронического рецидивирующего панкреатита являются: стойкий болевой синдром, осложнения хронического рецидивирующего панкреатита, невозможность исключить злокачественное поражение поджелудочной железы.

Важное значение при выборе вида оперативного вмешательства имеют данные магнитно-резонансной холангиопанкреатографии.

Лучшим вариантом оперативного вмешательства при преимущественном поражении головки поджелудочной железы с развитием желчной, панкреатической гипертензии и стеноза двенадцатиперстной кишки является ПДР.

Формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов при ПДР для профилактики местных послеоперационных осложнений желательно выполнять на управляемых «каркасных дренажах» с выведением их концов на переднюю брюшную стенку путем формирования микроэнтеростомы.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДГБ №1

Р.М. Манапова – аспирант
Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.М. Алискандиев

Актуальность. Острые отравления занимают одно из ведущих мест среди несчастных случаев и травм в детском возрасте. Бесконтрольный прием лекарственных средств, их доступность для детей являются причинами увеличения частоты медикаментозных отравлений.

Цель исследования: изучение частоты и структуры острых отравлений по данным работы детского реанимационного отделения ДГБ №1.

Материал и методы исследования. Детская городская больница №1 является многопрофильной, включающей 120 детских коек + 15 коек дневного стационара. В ее состав входят: 1 соматическое отделение –30 коек, 2 соматическое отделение–30 коек, грудное отделение –60 коек, а также реанимационное отделение на 6 коек.

Результаты исследования и их обсуждение. За период 2013-2015гг. в реанимационное отделение госпитализировано 120 больных с острыми экзогенными отравлениями, 48 мальчиков и 72 девочки: в 2013г. –30 детей, 2014г. –49 и в 2015г. –41 ребенок (табл. 1).

Таблица1

Возрастная структура острых отравлений у детей за 2013-2015гг.

Годы	0-1г.		1-3г.		3-7л.		7-11л.		11-15л.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2013г.	-	-	17	14.1	6	5	1	0,8	6	5	30	25
2014г.	3	2.5	14	11.7	16	13.3	4	3.3	12	10	49	40.8
2015г.	2	1.7	14	11.7	12	10	2	1.7	11	9.2	41	34.2
Итого	**5**	**4.2**	**45**	**37.5**	**34**	**28.3**	**7**	**5.8**	**29**	**24.2**	**120**	**100**

Как видно из представленных данных (табл. 1), в преобладающем большинстве случаев в отделение с острыми отравлениями были госпитализированы дети раннего и дошкольного возрастов (37,5% и 28,5% соответственно).

И только 7 детей (5,8%) из 120 были детьми школьного возраста 7-11лет.

Среди подростков 11-15лет отмечается тенденция роста острых медикаментозных отравлений и остается практически на одном уровне (5%, 10%,9,2%), в течение 2013,2014, 2015годов .

Особо следует отметить, медикаментозные отравления у подростков: так из 29 детей поступивщих в отделение за 3 года, 22 ребенка отравились с целью суицида.

Структура острых отравлений по нозологическим формам за 2013-2015гг.

Таблица 2

Нозологические формы	Всего больных	
	абс.	%
Медикаменты	96	80
Препараты бытовой и промышленной химии	4	3.3
Алкоголь и его суррогаты	4	3.3
Наркотические средства	2	1.7
Растительные и животные яды	2	1.7
СО и другие газы, пары	12	10%
Итого	120	100

Как видно из таблицы 2,первое место среди острых отравлений по нозологическим формам

занимают лекарственные препараты (80%), второе - отравление угарным газом и парами (10%) и третье место – отравление препаратами бытовой и промышленной химии, а также алкоголь и его суррогатами (3,3% и 3,3% соответственно).

Структура острых медикаментозных отравлений за 2013-2015гг.

Таблица 3

Нозологические формы	Общее число отравлений	
	абс	%
Транквилизаторы, седативные, снотворные, противосудорожные	12	16
Средства, действующие на сердечно-сосудистую систему	17	22.7
Препараты , влияющее на ВНС (антихолинергические,парасимпатикотонические средства)	7	9.3
Средства системного и гематологического действия	11	14.7
Анальгетики и жаропонижающие препараты	1	1.3
Антибиотики	4	5.3
Психолептики (галлюциногены)	15	20
Другие лекарственные средства	8	10.7
Итого	75	100

Как видно из представленной таблицы наибольшую группу составляют препараты, действующие на сердечно-сосудистую систему -17 (22,7%): конкор, феноптин и клофелин.

Большую группу представляют отравления транквилизаторами -12 (16%) и психодислептиками -15(20%). Это такие препараты, как сонопакс, финлепсин и феназепам.

На третьем месте -отравления средствами системного и гематологического действия – у 11 (14.7%) детей: циннаризин, курантил и эуфилин. Отравления другими лекарственными средствами,как,например, назальный спрей (нафтизин), мукалтин, встречались у 8 (10.7%) детей.

Выводы.

Таким образом, структурный анализ острых отравлений у детей, по данным реанимационного отделения ДГБ№1, показывает, что лекарственные препараты занимают лидирующие позиции в общей структуре отравлений. Суицид, как одна из существующих причин смертности детей в подростковом возрасте, обусловлен аффективной формой реагирования подростков, представляющих группу риска по социальной адаптации. Все это требует необходимости должного контроля над лекарственными средствами и проведения мероприятий по социальной адаптации и реабилитации подростков.

ВЛИЯНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ У ДЕТЕЙ

Р.М. Манапова - аспирант

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель-д.м.н., проф. А.М. Алискандиев

Актуальность. В настоящее время одно из первых мест среди общей заболеваемости занимает патология органов пищеварения, в последние годы наблюдается рост частоты болезней желудочно-кишечного тракта в детской популяции [5].

Патологии органов пищеварения в основном представлены воспалительными изменения ми слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. Эпидемиологические наблюдения показывают, что за 20 лет число больных с такими патологиями увеличилось с 99,5 до 159,5 на 1000 у детей и с 90,9 до 157,9 на 1000 у подростков. Особенно высок уровень гастроэнтерологических заболеваний у детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях – 300-500 на 1000 обследованных.

Среди хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта все большее место занимают воспалительные процессы пищевода, эрозивные процессы в желудке и двенадцатиперстной кишке [1,3]. В большом проценте случаев эрозивные гастродуодениты встречаются вместе с воспалительными поражениями пищевода и патологией билиарной системы. В настоящее время патологии органов пищеварения считаются, как мультифакторные, и участвуют в них различные функциональные системы организма. Доказана не только роль биологических факторов в развитии и хронизации данной патологии, но и признана важность инфекционной составляющей, прежде всего Helicobacterpylori, а также нарушения равновесия между факторами агрессии и защиты , которые являются базовыми условиями в возникновении и прогрессировании гастроэнтерологических заболеваний [2].

Одним из важнейших патогенетических механизмов развития и хронизация заболеваний органов пищеварения, начиная с периода новорожденности, является перинатальная патология [4]. Хроническая гипоксия плода, в том числе тканевая гипоксия, приводит к нарушению моторики ЖКТ, биоэнергетических и окислительных процессов. Так, у целого ряда больных с перинатальной патологией, несмотря на выраженные нарушения координации деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие хронической гипоксии, а также наличие функциональных расстройств, воспалительный процесс в органах пищеварения не реализуется, даже если при этом выявлена Helicobacter pylori. С точки зрения хронизации кислотозависимых заболеваний интересным представляется нам изучение эндоскопической картины верхних отделов ЖКТ у детей с последствиями перинатальной патологии как коморбидного состояния в возникновении гастродуоденальной патологии.

Цель исследования:изучить клинико-лабораторные особенности течения гастродуоденальной патологии у детей с минимальной мозговой дисфункцией.

Материал и методы исследования. Для оценки особенностей течения гастродуоденальной патологии было обследовано 60 детей с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (36 на фоне минимальной мозговой дисфункции и 24 - без признаков минимальной мозговой дисфункции). Диагностика гастродуоденальной патологии осуществлялась на основании данных анамнеза, клинического осмотра, результатов эзофагодуоденоскопии и уреазного теста. Проявления минимальной мозговой дисфункции оценивались по анамнестическим и клиническим данным.

Результаты исследования и их обсуждение. Из анамнеза известно, что у 56 % детей имела место патология перинатального периода (быстрые и стремительные роды, длительный безводный период, акушерские пособия в родах, обвитие пуповиной и т.д.) У 15,3 % детей было искусственное вскармливание. При анализе клинической картины заболевания в группе обследуемых пациентов болевой синдром был выявлен у 95 % детей. У большинства детей выявлено наличие диспептического синдрома (96 %), проявляющегося тошнотой (72 %), отрыжкой (68 %), изжогой (33 %), рвотой (30 %), снижением аппетита (18 %), горечью во рту (2 %). Астеновегетативный синдром был выявлен у 98 % больных, что подтверждает вегетативную дисфункцию при развитии гастродуоденальной патологии. По данным эзофагогастродуоденоскопии, из 60 обследованных детей у 45 выявлен гастродуоденит в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и у 15 гастродуоденит без ГЭРБ, а также результаты уреазного теста показали, что 80 % детей инфицированы Helicobacterpylori.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования убедительно свидетельствуют о том, что риск развития гастродуоденальной патологии у детей, имеющих в катамнезе перинатальную патологию значительно выше, что требует комплексного подхода к их коррекции, включающем патогенетическое и посиндромное лечение.

Литература.

1. Баранов А.А. и соавт., (2000), Таболин В.А. 2001., Яцык Г.В. (2002). Роль хронической внутриутробной гипоксии в формировании патологии у детей. (2004) Т. 3.

2. Волков А.И. (2002), Полунина Н.В. (2002), Баранов А.А.(2006), Запруднов А.М.(2008).

Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей , Медицина 1990. 27-28с.

3. Дудникова Э.В., Давыдова Н.А., Ковалева Н.Н., Корсун О.Р. Новые подходы к диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Сборник научных трудов. Ростов-на-Дону, 2010. Т. 2 С.417-418.
4. Запруднова А.М., Волкова А.И. Справочник по детской гастроэнтерологии . 1995. 20-21 с.
5. Староверов Ю.И. Заболевания желудка и 12-перстной кишки. Медицина, 1990. 58с.

СТРУКТУРА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ПО ДАННЫМ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДРКБ ЗА 2015-2016 Г.Г.

С.З. Ибрагимова - интерн
Кафедра педиатрии ФПК и ППСФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель-к.м.н., доц. М.И. Израилов

Актуальность. В последние годы отмечается рост заболеваемости геморрагическими васкулитами (ГВ), особенно среди лиц детского возраста. Причины этого заключаются как в улучшении диагностики, так и в значительном увеличении воздействия неблагоприятных (вирусных, химических, токсических) факторов внешней среды на организм человека, повреждающих сосудистую стенку и вызывающих развитие иммунного воспаления

(Шилкина Н.Л. , 1995; Гринштейн Ю.И. , 2001).

Среди наиболее распространенных васкулитов, поражающих мелкие сосуды, наше внимание привлек геморрагический васкулит (ГВ) или в англоязычной литературе «пурпура Шенлейн-Геноха». Заболевание до недавнего времени относилось к васкулитам гиперчувствительности, но в 1990 году субкомитет Американской коллегии ревматологов, ассоциировав ГВ с увеличением и отложением IgA, классифицировал его и васкулит гиперчувствительности как два разных заболевания.

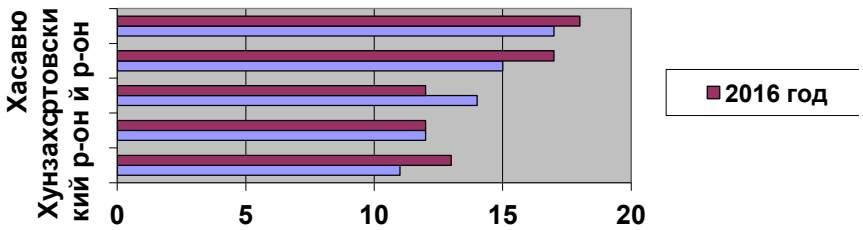
ГВ – наиболее часто встречающийся из группы системных васкулитов. Его распространенность составляет 15-25 случаев на 100 тыс. населения в год. В России, по данным А. В. Папаяна;
М. С. Игнатовой, на 100 тыс. детского населения приходится 23 – 25 случаев заболевания.

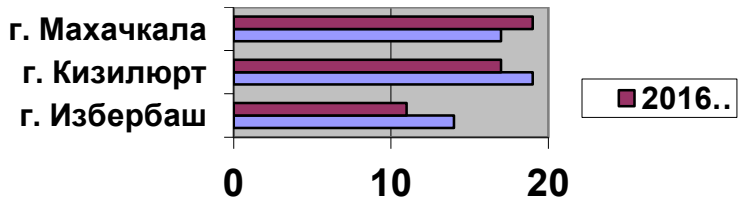
ГВ чаще встречается у детей, у которых он зачастую протекает как острое самоизлечивающееся заболевание (Кикинская Е.Г., 2000; Папаян А.В , 2005). Летальность при ГВ обычно связана с развитием почечной недостаточности и не превышает 1 – 2 %.

Несмотря на актуальность проблемы ГВ, состояние сосудистой стенки, иммунологические механизмы повреждения сосудистого эндотелия, нарушение гемореологии, роль межклеточных молекул адгезии, процессы активации перекисного окисления липидов и запуск механизмов внутрисосудистого свертывания крови при этом заболевании, остаются недостаточно изученными, а имеющиеся литературные данные во многом противоречивы. Сохраняющаяся широкая распространенность ГВ среди населения с ростом рецидивирующих и резистентного ее форм свидетельствует о сложности и нерешенности данной проблемы.

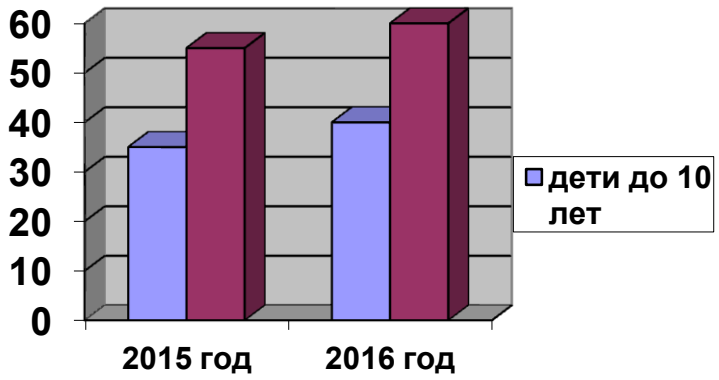
Цель исследования. Изучение динамики заболевания ГВ по данным онкогематологического отделения ДРКБ за 2015-2016гг.

Материал и методы исследования: проводилось исследование больных Геморрагическим васкулитом, находившихся на стационарном лечении в 2015-2016гг. в отделении онкогематологии ДРКБ, анализировано 105 историй болезни .



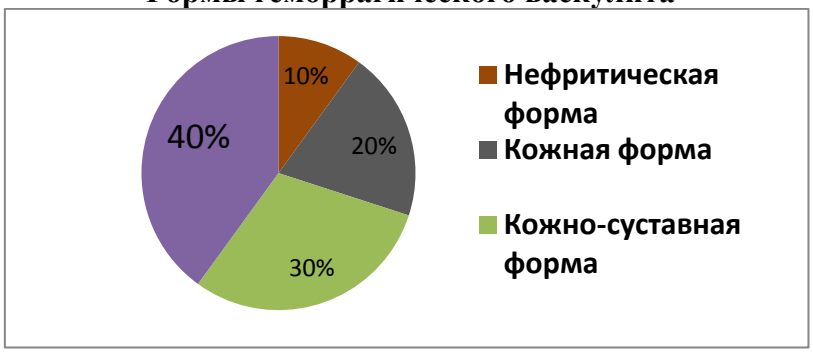


Из приведенных данных мы видим, что наибольшее число больных геморрагическим васкулитом приходится на жителей городского населения. Из этого вытекает, что немаловажную роль в развитии болезни играет городской климат и неблагоприятные факторы, характерные для города (загрязненный воздух, вода, выхлопные газы, малоподвижный образ жизни людей и т.д.).

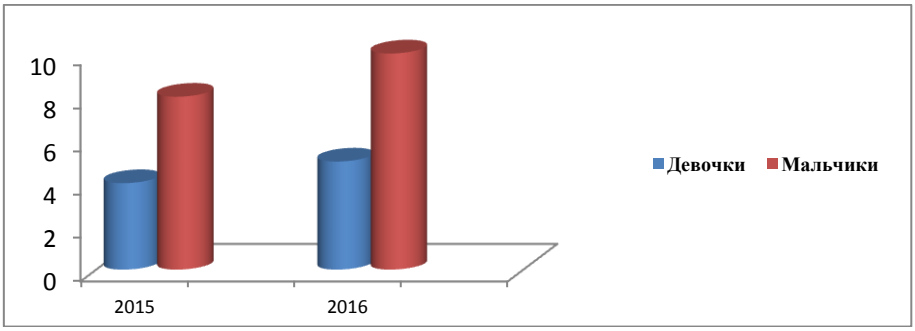


На данной диаграмме указана возрастная категория больных ГВ. Исходя из нее мы можем отметить, что как в 2015, так и в 2016 году значительно возрастает число детей с ГВ старше 10 лет.

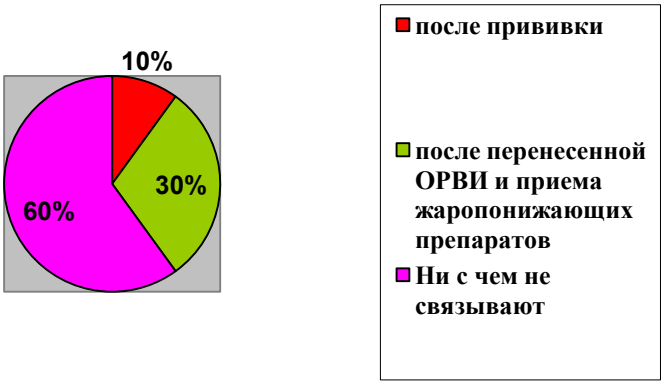
Формы геморрагического васкулита



Из общего числа ГВ выделены различные формы данной патологии. Как видно на рисунке наиболее часто встречается смешанная форма ГВ. Наименьший процент приходится на нефритическую форму. Кожно-суставная форма встречается у 30 % детей. И 20 %- это дети с кожной формой.



Из этого рисунка видно, что мальчики болеют чаще, чем девочки как 2015 году, так и 2016 году.



ГВ- это полиэтиологическое заболевание. Собирая анамнез у больных ГВ, большая часть их указывают на спонтанное начало болезни. В то время как, примерно, 30 % из них до начала ГВ болели простудными заболеваниями. И небольшое число родителей припоминают прививки, сделанные накануне заболевания.

Выводы

Из общего числа больных геморрагическим васкулитом на территории Дагестана большее число приходится на городское население из-за ряда причин, характерных для городского климата (загрязненный воздух, вода, малоподвижный образ жизни людей и т.д.). Все эти причины относятся к проблемам глобального характера.

Отмечая половую принадлежность, мы видим, что мальчики больше подвержены ГВ.

Среди изученных больных наиболее часто встречалась смешанная форма ГВ.

Причины геморрагического васкулита до конца не выяснены. Это и доказывает то, что больные часто не могут ответить, с чего началось заболевание. Примерно процентов 30 до начала сыпи переносили ОРВИ и соответственно принимали жаропонижающие препараты.

Подытоживая выше изложенное, следует отметить, что геморрагический васкулит это полиэтиологическое заболевание, в развитии которого имеет значение ряд эндогенных и экзогенных факторов, и чаще болеют дети до 14 лет. Начало обострения и рецидивы болезни часто бывают связаны с психоэмоциональными реакциями, при истерическом фоне и стрессовых ситуациях. Поэтому обеспечение больному психического покоя, перевод на спокойную учебу, оздоровление семейной обстановки способствуют повышению профилактических мероприятий по предупреждению болезни.

СОСТОЯНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

А.М. Абакарова - аспирант, С.В. Сулейманова - ассистент, Абу Алруб Нимер - студент, И.М. Ибрагимов - студент

Кафедра клинической фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Г. Абакаров

Развитие представлений о клинической значимости анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР), а также появление доступных и компьютеризированных аппаратно-программных комплексов для его исследования, стало поводом для пристального изучения изменений ее параметров как уникального индикатора, позволяющего оценить прогностическое влияние на состояние здоровья и исход заболевания различных факторов внешней среды, а также адекватности вмешательств с лечебной и профилактической целью, через оценку изменения состояния адаптационных механизмов [1,3].

Цель исследования: оценка состояния ВСР у детей с острой крапивницей, что может быть учтено при оптимизации выбора антигистаминных средств для фармакотерапии острой крапивницы у детей.

Материал и методы. Обследовано 76 детей с аллергическими заболеваниями (острая аллергическая крапивница, отек Квинке), находившихся на стационарном лечении в ГБУ «Детская больница №1» г. Махачкалы. Из них 37 мальчиков и 39 девочек, средний возраст 10,3 года, группы были сравнимы по полу, возрасту, диагнозу.

Обследование и лечение детей проводилось в соответствии со стандартной схемой, рекомендованной для ведения больных аллергическими заболеваниями в стационаре: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, тимоловая проба, сиаловые кислоты, СРБ, АСТ, АЛТ), УЗИ печени и желчного пузыря, ЭКГ, общий анализ кала). Кроме того, всем пациентам был определен уровень неспецифического иммуноглобулина Е (IgE) в периферической крови.С целью оценки состояния ВСР всем пациентам проводилась кардиоинтервалография (КИГ) с применением аппаратно-программного комплекса «Кармин» (Нейротех, Таганрог). Исследование проводили лежа, утром в одно и то же время (в промежутке с 9.00 до 11.00 – период наибольшей активности физиологических функций) после 15 минутного периода покоя, запись КИГ не менее 5 минут [1,3]. Исследования проводились в период обострения заболевания в 1-й день поступлении в клинику до начала фармакотерапии.

Критерии включения в исследование: добровольное информированное согласие родителей на участие детей в медицинском эксперименте; установленный диагноз – крапивница, острое течение, отек Квинке (ангионевротический отек), возраст от 5 до 15 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты спектрального анализа короткой записи КИГ в день поступления в клинику представлены в таблице.

Таблица

Результаты спектрального анализа коротких записей кардиоинтервалограмм у детей с острой крапивницей. Me (C25;C75).

Показатель ВСР (n=76)	Me (C25;C75).
Общая мощность спектра (мс^2)	1364,6 (421,0; 5709,7)
VLF (мс^2)	173 (41; 759,6)
LF (мс^2)	336,7 (99,3; 1666,3)
HF (мс^2)	621,9 (202,1; 2672,4)
LF/HF	0,6 (0,3; 1,2)
VLF %	15,2 (7,1; 26,7)
LF norm (%)	32,1 (21,9;45,9)
HF norm (%)	47,6 (36,2;63,3)

Из показателей, представленных в таблице . видно, что уровень общей мощности спектра, который характеризует суммарную активность нейрогуморальных влияний, значительно снижен и составляет 1364,6 (421,0;5709,7). Параметр низкочастотного компонента LF в исследуемой группе ниже (336,7 (99,3;1666,3)), чем показатель высокочастотного HF (621,9 (202,1;2672,4), что характеризует преобладание парасимпатического звена регуляции над симпатическим(LF/HF равен 0,6 (0,3; 1,2) мс^2)(см.рис.).

Суммарная мощность спектра в диапазонах низких(LF) и высоких (HF) частот доминирует над величинами мощности спектра в диапазоне очень низких частот (VLF). Это свидетельствует о преобладании модулирующего симпато-парасимпатического регуляторного влияния над гуморально-метаболическим и центральными эрготропными регуляторными стимулами (Михайлов В.М., 2002), что логично, поскольку речь идет о детях с острым течением заболевания, тогда как сдвиг в сторону вовлечения в процесс регуляции ритма сердца гуморального и центрального звена характерно для хронических, нередко тяжелых, заболеваний [1,3].

Анализ результатов у детей является непростой задачей ввиду отсутствия общепринятых нормативных данных, с которыми мы могли бы сравнивать свои результаты всеобъемлющих исследований всех индексов КИГ в больших популяциях здоровых детей к настоящему времени не проводилось [4].

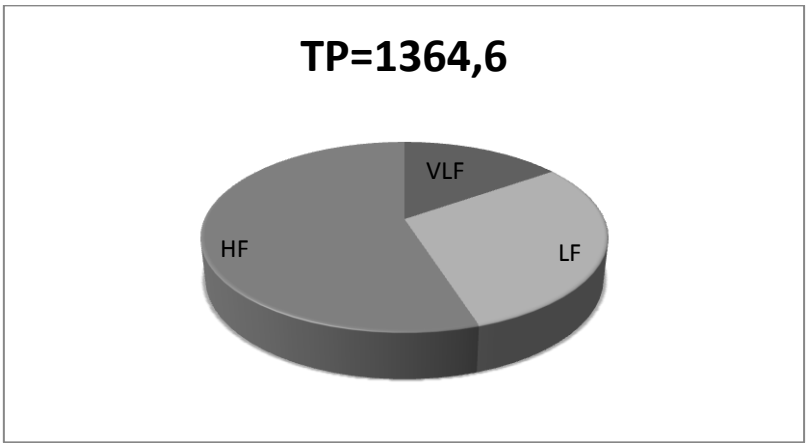


Рис. Соотношение компонентов спектра (TP, LFи HF) кардиоинтервалограмм детей, больных острой крапивницей, мс^2 .

По данным литературы, умеренное преобладание парасимпатических влияний, характерное для детского возраста, является одним из факторов индивидуальной устойчивости организма к возникновению нарушений сердечно-сосудистой системы в условиях психоэмоционального перенапряжения и согласуется с представлением об адаптационно-трофическом действии блуждающих нервов на сердце, являясь показателем индивидуальной устойчивости здорового организма к стрессирующим факторам [3], что неоднократно подтверждалось и в клинической практике. Это соотношение наблюдалось у детей с аллергодерматозами в острый период и во время ремиссии по данным ранних исследований ВСР [2].

Вывод. У детей (средний возраст 6-15 лет) с острой аллергической крапивницей сохраняется превалирование парасимпатических влияний на регуляцию ритма сердца при признаках истощения функциональных резервов (по величине показателя суммарной мощности спектра TP).

Литература.

1. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В., и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (методические рекомендации)// Вестник аритмологии. № 24. 2001. С.66-67.

2. Куберг М.Б., Белоконь Н.А., Соболева Е.А. и др. Кардиоинтервалография в оценке реактивности и тяжести состояния больных детей. Методические рекомендации. М., 1985. 40с.

3. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода. - Иваново, 2000. 200 с.

4. Хаспекова Н.Б. Диагностическая информативность мониторирования вариабельности ритма сердца // Вестник аритмологии. 2003. №32 .С.15-23.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА МОЧИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

П.И.Алиева, К.Р.Шахбанова - студентки 5 курса педиатрического факультета

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

ФГБОУ ВО «ДГМУ»Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - ассистент В.М. Ибрагимов

Актуальность. одной из ведущих проблем детской нефрологии и педиатрии в целом остаются микробно- воспалительные заболевания почек,которые составляют 80%, (от 5,6% до 27,5% на 1000 детей и до 69% на 100 детей в крупных промышленных центрах).

Цель исследования: анализ микроскопии осадка мочи у детей и острыми респираторными заболеваниями с фоновой патологией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 110 детей в возрасте от 1 месяца до 1года с острой инфекцией дыхательных путей (пневмонии, бронхиты и ОРВИ). Из них девочек 50, мальчиков 60. Критериями включения в исследование явились изменения в осадке мочи.

Для проведения анализа причин, определяющих особенности патологии осадка мочи, больные были разделены на 3 группы:

I группа 45 детей с перинатальным поражением центральной нервной системы;

II группа -35 детей, родившихся с нефропатией и анемией беременности;

III группа (контрольная) 30 детей, родившихся у женщин с физиологическим течением беременности и родов. Всем детям проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Для оценки выраженности синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) мы определяли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), для этого была использована упрощенная формула расчета ЛИИ (Кальф-Калиф Я.Я., 1941):

$$ЛИИ= С+2П/(ЛФ+Мон)(Э+1)$$

Результаты исследования. Полученные результаты, позволили отметить, что у обследованных детей первой и второй группы показатели ЛИИ в остром периоде заболевания не отличались от показателей больных в контрольной групп (2,4 ед.; 2,2 ед. и 1,8 ед. соответственно). В динамике наблюдений через 3 месяца у детей в контрольной группе показатели нормализовались, ЛИИ <1 ед. Сопоставление результатов I и II групп показало снижение степени выраженности эндогенной интоксикации ЛИИ, однако в I группе у 10 (24,4%) детей сохранился ЛИИ< 1,3 ед, а во II группе у 14 (40%) обследованных ЛИИ<1,1 ед..

В преобладающем большинстве случаев у детей в I и II группах (55% и 60% соответственно) показатели ЛИИ сохранялись. Через 3 месяца патологические изменения в анализах мочи в виде бактериурии и лейкоцитурии по сравнению с контрольной группой сохранились у 5 (16.7%) больных.

В осадке мочи тоже встречались такие изменения, как оксалурия и умеренная протеинурия, которые регистрировались с одинаковой частотой у более 70% детей в исследуемых группах.

При УЗИ почек у больных выявлены: диффузные изменения паренхимы почек и признаки дилатации ЧЛС.

Выводы

1. Полученные данные обследования выявили, что синдром эндогенной интоксикации был высоким у всех больных в остром периоде заболевания при поступлении в отделение.

2. Установлено, что ЛИИ через 3 месяца у детей, родившихся с перинатальной энцефалопатией сохранился у каждого пятого ребенка, у родившихся с нефропатией и анемией беременности у 40% обследованных.

3. Отмечено, что наиболее упорный характер патологических изменений выявлен в осадке мочи у больных I и II групп по сравнению с контрольной группой.

4. Перинатальная патология и фоновые заболевания при беременности являются факторами риска возникновения микробно- воспалительного процесса мочевыводящих путей у детей.

5. Своевременная коррекция фоновых состояний и санирование инфекций мочевой системы позволят минимизировать развитие пиелонефрита у детей.

DETECTION CAPABILITIES OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN CHILDREN

Gozel Mirzeyeva, Huseynli Zehra, Prof.I.Isayev
AMU, Department of Therapeutic and pediatric propedeutica

Introduction: Recently, in the 4-5% newborns are appearing the various congenital and genital defects each year. The main reason is connective tissue dysplasia. The spread of various forms of heart connective tissue dysplasia in different populations, their structures, diagnostic criteria aren't clarified till this today. The prevalence rate of heart development anomalies and the numerous clinical variants among children varies depending on the populations, examination methods and children ages. The mitral valve prolapse, dilatation of aorta and pulmonar arteria, ventricular anomal trabeculation, interatrial septal aneurysm, bicuspid aorta, asymmetric tricuspid valve, numerous dysfunction of sub-valvular apparatus, isolated dilatation heart cavity and so on, are including to the minor heart congenital defects. The heart defects affect directly to the further development and the health of the growing child. So that, more than 50% of under a year children, while more than 3% of children in a variety of age are dying. Although widespread among children of these cases in young ages, up to7 know phenotypic symptoms and features of instrumental-diagnostic criteria in their different age periods aren't learned.

Methods: Maintenance and conclusion of workhas been learning clinic Echo-cardiograhic symptoms of bicuspid aorta and false tendons in left ventricle from minor congenital heart defects among children. For this reason, 8 children with minor congenital heart defects have examined at the Department of Therapeutic and pediatric propedeutica. It was 5 children of them with bicuspid aorta, while remaining 3 children with false tendon in left ventricle. All children were examined clinically-objective and instrumental ECG and Echo-cardiography.

Results: About 2% of the population has BAVD. Clinic symptoms occur as dyspnoea, fatigue, paleness, arhythmia after physical loads. This malformation occurs in two forms: valve stenosis and insufficiency at the Echo-CG. In the first case, opening function of valve weakens. In the second case, together closing ability of cusps weaken.

False tendon in left ventricle occurs in 1-3% of cases. The only simptom is systolic murmur in the 3-4. intercostal area. It maybe dizziness, heartpains,tachicardia. Based on the location, it has 3 types: transverse apical, diagonal, longitudinal.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ

М.М. Магомедова - аспирант
Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Г.Д. Алиев

Актуальность. Возрастная макулярная дистрофия **(**ВМД) является одной из ведущих причин слабовидения у лиц старшей возрастной группы в развитых странах [2, 12]. По данным многих исследователей в России распространение ВМД составляет 15 случаев на 1000 населения, причем в 60% наблюдений поражение является двухсторонним, что ведет к первичной инвалидности у 11% лиц трудоспособного возраста и у 28% пожилых пациентов[1,7,8]. Риск потери зрения у пациентов с ВМД составляет 1,7% у пациентов старше 50 лет и у 18% у лиц старше 85 лет [2, 6]. К 2020 году прогнозируется более чем 70% рост числа людей, страдающих ВМД [1, 3, 9, 12].

Определяя основные клинические формы ВМД, в практической офтальмологии чаще всего пользуются следующими терминами [4]:

-«сухая» (неэкссудативная, атрофическая) форма;

- «влажная» (экссудативная, неоваскулярная) форма;

Большое значение в решении проблемы ВМД имеют поиски новых средств и методов воздействующих на патогенез данного заболевания и способствующих наиболее раннему купированию развивающихся в сетчатке изменений, а также качественному и полноценному восстановлению зрения.

В последние годы методом первого выбора при лечении экссудативной формы ВМД является терапия ингибиторами фактора VEGF, показывающая лучшие исходы в отношении остроты зрения [13]. Основное действие анти - VEGF препаратов направлено на связывание и инактивацию основного звена патогенеза влажной ВМД эндотелиального фактора роста А (VEGF), что блокирует причину развития неоваскуляризации. Одним из препаратов для блокирования VEGF является ранибизумаб (Луцентис). Ранибизумаб это Fab - фрагмент рекомбинатного моноклонального антитела к VEGF. Эффективность и безопасность ранибизумаба была изучена в 3 регистрационных двойных слепых рандомизированных контролируемых двухгодичных исследованиях фаз IIIMarina, Anchor и Pier и в пяти исследованиях фаз I/II.

Применение пролонгированных стероидов в виде субтеноновых инъекций на сегодняшний день является общепризнанным методом для лечения воспалительных заболеваний заднего отрезка глаза длительным стойким эффектом [5, 10, 11]. Это обусловлено тем, что они воздействуют на проницаемость гематоофтальмического барьера, уменьшая активность простагландинов и других медиаторов, вызывающих деструкцию тканей глаза при воспалении с повышением проницаемости капиллярной сети.

Исходя из вышеперечисленного на базе отделения патологии сетчатки и лазерной хирургии ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» был разработан и внедрен в клиническую практику комплексный метод лечения макулярного отека сетчатки, включающий субтеноновое введение пролонгированного кортикостероида Дипроспан в объеме 0,5мл, спустя 15-20 дней интравитреальное введение Луцентиса.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения экссудативной формы возрастной макулярной дистрофии.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовало 32 пациента (33 глаза) с экссудативной формой ВМД. Среди пациентов было 23 женщин и 9 мужчин. В зависимости от применяемого лечения все пациенты были сформированы в две группы: 1–я группа (15 пациентов) получала интравитреальную инъекцию препарата ранибизумаб (Луцентис); 2-й группе (17 пациентов) проводилось комбинированное лечение, включающее субтеноновое введение пролонгированного кортикостероида дипроспан в объеме 0,5 мл с последующим (через 15-20 дней) интравитреальным введением 0,05 мл препарата Луцентис.

Исследование включало традиционное офтальмологическое обследование, дополнительно –

спектральную оптическую когерентную томографию (ОКТ) «AVANTIXR (OPTOVUE США), компьютерную периметрию (КП) АПЗ (ПЕРИТЕСТ 30/50,100).

У пациентов обеих групп офтальмоскопически определялось отсутствие фовеального рефлекса, наличие сливных друз, проминирующего очага серовато – зеленого цвета с нечеткими контурами.

При проведении ОКТ имело место утолщение сетчатки от 530 до 670мкм, отек, нарушение структуры ретинального пигментного эпителия (РПЭ), отслойка пигментного и нейроэпителия (ПЭ и НЭ). По результатам компьютерной периметрии отмечались: дефекты поля зрения и снижение световой чувствительности в центральной зоне.

Зрительные функции, данные оптической когерентной томографии и компьютерной периметрии оценивались до, спустя 2 недели, 3, 6 и 12 месяцев после проведенного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Комбинированное лечение позволило получить следующие результаты: максимальное повышение остроты зрения наблюдалось в сроки от 3 до 6 месяцев и к концу срока лечения в группе сравнения составило 0,45±0,01 в 73% случаев (23 глаза). В контрольной группе максимальная острота зрения (в среднем 0,2±0,01) отмечалась в сроки до 1-3 месяцев, и к концу срока наблюдения она оказалась статистически ниже исходных данных в 91% случаев (30 глаз).

По данным ОКТ в группе сравнения толщина сетчатки уменьшилась до 365мкм в 66% случаев (21 глаз). Отмечалось сокращение макулярного отека, резорбция субретинальной и интраретинальной жидкости преимущественно к 3-му месяцу наблюдения. В группе контроля положительная динамика в виде уменьшения толщины сетчатки наблюдалась в сроки до 1 месяца, в последующем имело место нарастание отека до 650мкм. По данным КП в группе сравнения наблюдалось повышение световой чувствительности в центральной зоне сетчатки и улучшение зрительного восприятия в 87% случаев (28 глаз) и в дальнейшем отрицательной динамики выявлено не было. В контрольной группе положительные результаты КП были в 32% случаев (10 глаз), однако результаты к концу наблюдения оказались нестабильны.

Вывод. Комплексное лечение макулярного отека приводит к стойкому повышению остроты зрения, быстрому и стабильному сокращению отека сетчатки и снижению риска развития и прогрессирования дистрофического процесса в макулярной зоне, что способствует повышению эффективности функциональной реабилитации пациентов с макулярными отеком сетчатки.

Литература

1. Астахов Ю.С., Лисочкина А.Б., Шадричев Ф.Е. Возрастная макулярная дегенерация// Офтальмология: национальное руководство/ Под ред. С.Э. Аветисова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. М.:ГЭОТАР Медиа, 2008. – 1044 с.

2. Балашевич Л.И., Измайлов А.С., Улитина А.Ю. Модифицированная клиническая классификация возрастной макулярной дегенерации. // Офтальмологические ведомости . 2011. №4. С. 41 – 47.

3. Будзинская М.В. Возрастная макулярная дегенерация//Вестник офтальмологии 2014. Т.130, №6. С.56-60.

4. Джек Дж. Кански, Милевски С.А., Дамато Б.Э., Тэннер В.; Заболевания глазного дна/ пер. с англ.; под общ. Ред.чл.- корр. РАМН, проф. С.Э. Аветисова.- 2-е издание. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. С.105-124.

5. Игнатова Н.В. Местное введение глюкокортикостероидов при макулярном отёке различного генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.

6. Кански Дж., Милевски С.А., Дамато Б.,Теннер В. Заболевание глазного дна. М.: МЕДпресс – информ, 2009. 424с.

7. Либман Е.С., Толмачев Р.А., Шахова Е.В. Эпидемиологическая характеристика инвалидности вследствие основных форм макулопатий // Макула – 2006: Тез. докл. Ростов на Дону, 2006. С. 15 – 22.

8. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности и слепоты вследствие патологии органа зрения в России //Съезд офтальмологов России, 7-й: Тез. докл. М., 2000. С. 209 – 215.

9. Age – related macular degeneration, preferred practice pattern. – San Francisco: American Academy of Ophthalmology,2015. - 57p.

10. Eriksson U., Alm A., Bjarnhall G. et al. Macular edema and visual outcome following cataract surgery in patients with diabetic retinopathy and controls // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. – 2011. – 249. – 349 —359.

11. Fridman D.S, O Colmain B.J., Munoz B.,Tomany S.C., et al. Prevalence of age – related macular degeneration in the United States|| Arch. Ophthalmol. – 2004. – Vol. 122. - #4. – P. 564 – 572.

12. Ho A.C., Regillo C.D. Age-Related Macular Degeneration: Diagnosis and Treatment. – Springer, 2011.

13. Steinbrook, R. Ranibizumab, Bevacizumab and the treatment of macular degeneration// New England Journal of medicine. - 2006. - P.1409 - 1412.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА

А.Б. Магомедова - аспирант

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Кератоконус это невоспалительное, чаще двустороннее дистрофическое заболевание роговицы, сопровождающееся её прогрессирующим «выпячиванием» кпереди с изменением оптических свойств и истончением в зоне верхушки кератоконуса. Это мультифакториальное заболевание, возникновение и прогрессирование которого основано на потере структурной целостности и истончении стромы роговицы. Частота данного заболевания колеблется от 1:400 до 1:600 случаев (Пучковская Н.А., 1990; Ambrósio R.Jr., 2006; Binder P. S., 2005; Jacq P. L., 1997; Li X., 2007; Rabinowitz Y. S. 2003).

Частоты встречаемости всех эктазий роговицы обусловлено ростом данного заболевания среди населения, расширением диагностических возможностей, увеличением количества выполненных кераторефракционных операций (Ambrósio R.Jr., 2010; Binder P. S., 2010; Bromley, J.G., 2010; Randleman, J. B., 2008; Seiler T., 1998).

Актуальность очевидна в связи с увеличением числа случаев данной патологии, широким возрастным диапазоном, двусторонним поражением органа зрения. Социальная значимость проблемы обусловлена молодым трудоспособным возрастом пациентов, которые в результате двустороннего прогрессирования патологического процесса становятся инвалидами по зрению.

В настоящее время одним из эффективных методов лечения кератоконуса является методика перекрестного связывания коллагена (кросслинкинг) по технологии профессора Теодора Зейлера.

Кросслинкинг роговичного коллагена – хирургическая процедура, проводимая для замедления или остановки прогрессирования кератоконуса. В основе данного метода лежит реакция фотополимеризации коллагеновых волокон стромы роговицы в результате взаимодействия рибофлавина и ультрафиолетового излучения и, как следствие, увеличение количества дополнительных связей между молекулами коллагена роговицы (Бикбова Г.М., 2010; BoxerWachler B.S. 2005; Hafezi F. 2007; Hersh P. S., 2011; Kohlhaas M., 2005; Randleman J. B., 2008).

Однако вопрос зрительной реабилитации таких пациентов остается открытым, в связи с высокой степенью аметропии при выраженном роговичном астигматизме.

На базе ГБУ НКО «Дагестанского центра микрохирургии глаза» был разработан и внедрен в клиническую практику способ комбинированного метода лечения кератоконуса. Данный способ представляет собой сочетание двух методов лечения: стандартная лазерная коррекция методом LASIK с одномоментным кросслинкингом коллагена роговицы (заявка на патент, уведомление о поступлении заявки регистрационный номер - 2016120240). Метод хорошо себя зарекомендовал в эксперименте, тем не менее оценка его эффективности и безопасности требует дальнейшего изучения и дополнительного наблюдения в клинике, протяженного во времени.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность метода комбинированного лечения больных с прогрессирующим кератоконусом 1-3 стадии.

Материалы и методы исследования. С 2014 по 2016 год под нашим наблюдением находились 48 пациентов (48 глаз) с кератоконусом 1-3 стадий по классификации Amsler (15 глаз 1

стадия, 28 глаз 2 стадия, 5 глаз 3 стадия), которые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 24 пациента (24 глаза) получивших лечение по комбинированному методу: стандартная лазерная коррекция методом LASIK с одномоментным кросслинкингом коллагена роговицы, вторую группу 24 пациента (24 глаза) – по стандартному методу лечения с помощью кросслинкинга коллагена роговицы. В основном были пациенты молодого, трудоспособного возраста от 18 до 45 лет. Среди обследуемых было 30 мужчин (62,5%) и 18 женщин (37,5%).

Критериями отбора для операции были: подтверждение у пациента диагноза кератоконуса 1-3 стадии, толщина роговицы в центре более 400 мкм, наличие стабильной рефракции не менее 6 месяцев перед операцией. Критериями исключения явились: толщина роговицы в центре менее 400 мкм, стабильная форма кератоконуса (увеличение данных кератометрии меньше 1,0 Дптр в течение 12 месяцев), развитая, далеко зашедшая стадия кератоконуса с рубцеванием, герпетический кератит в анамнезе, синдром «сухого глаза», повышение ВГД более 21 мм.рт.ст. (бесконтактная тонометрия).

Все пациенты были обследованы с применением стандартных офтальмологических методов и дополнительных методов исследования: компьютерная кератотопография с целью определения сферичности с помощью компьютерного кератотопографа фирмы AllegroTopolyzerWaveLight, оптическая когерентная томография переднего отрезка глаза с использованием «AVANTIXR» (OPTOVUE, США), толщину роговицу оценивали с помощью ультразвукового аппарата фирмы TOMEYSP-3000.

Анализ и интерпретация результатов проводились до операции, спустя 1, 3, 6, 12, 24 месяцев после процедуры.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерных программ «Statistica 6.1» стандартными методами параметрической и непараметрической статистики. Для сравнения использовался t-критерий Стьюдента. Критическим считался уровень значимости различия p=0,05.

Всем пациентам 1 группы на базе ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» проводилось следующее лечение: под местной капельной анестезией формировался поверхностный лоскут роговицы с помощью микрокератома, который делает разрез роговицы на глубине 110-120 микрон в зависимости от ее изначальной толщины. После этого лоскут отводится в сторону и производится лазерная коррекция стандартным методом LASIK, затем сразу инстиллируется 0,1% раствор рибофлавина до полного прокрашивания стромы роговицы желтым пигментом. Избыток рибофлавина удаляется стерильным физиологическим раствором. Далее лоскут укладывается на свое исходное место. Затем в течение 15 минут активизируют роговицу ультрафиолетовым лазером с расстояния 1 см (или больше в зависимости от точки фокусировки источника UVA) с длиной волны 370 нм и мощностью излучения 7 мВ/см^2. Во время облучения инстилляции раствора рибофлавина используется каждые 3 минуты. В послеоперационном периоде используют антибактериальные, противовоспалительные капли и корнеопротекторы. Пациентам 2 группы проводили стандартный КРК, который включал в себя удаление эпителия диаметром 7 мм с помощью тупого шпателя, инстилляцию 0,1% раствора рибофлавина в течение 15 минут, затем облучение ультрафиолетовым светом длиной волны 370 нм и мощностью 3 мВт/см^2 в течение 30 минут на расстоянии 1см. Во время облучения инстилляции раствора рибофлавина используются каждые 3 минуты. Для УФ облучения использовался аппарат УФалинк (ГУ «Уфимский НИИ ГБ» АН РБ, Уфа).

Результаты исследования и их обсуждение. Во время проведения операций в обеих группах не выявлено интраоперационных осложнений.

В первой группе исследуемых во время проведения комбинированного метода лечения больные жалоб не предъявляли. При биомикроскопии роговица оставалась прозрачной.

У всех пациентов второй группы после стандартного КРК имел место выраженный роговичный синдром в течение 2-4 суток до момента полной эпителизации. При биомикроскопии в 100% случаев с первых суток выявляли зону деэпителизации, отек роговицы со второй недели стромальный хейз, что потребовало местного применения репаративных и противовоспалительных препаратов. Возникновение бликов и засветов в сумеречное время, снижение остроты зрения приводили к ограничению трудовой деятельности. В 12 глазах (50,0%) псевдохейз сохранялся до 3 месяцев.

Через месяц после операции и в последующие сроки у пациентов 1 группы потери строк не наблюдалось. В 81% случаев отмечалась прибавка двух и более строк и в 19% - одной и более строк максимально корригированной остроты зрения.Некорригированная острота зрения после операции в среднем увеличилась с 0,15 ±0,04 до 0,75±0,05 строчки.Сферический эквивалент снизился с -4,7±0,6 Дптр до -1,40,5. Отмечалось снижение объективного и субъективного цилиндрического компонента рефракции с 4,7±0,6 Дптр до 2,4±0,5 Дптр, с 4,3±0,06 Дптр до 1,5±0,04 Дптр соответственно.

У пациентов 2 группы после проведенного стандартного КРК в первую неделю после процедуры некорригированная острота зрения с 0,28±0,07 до 0,10±0,05, что связано с появлением псевдохейза в центральной зоне роговицы. Через месяц после процедуры острота зрения увеличилась до уровня операционной. К 6 месяцу после операции повысилась с 0,41±0,12 до 0,52±0,01. Сферический эквивалент снизился на 2,0 Дптр в сравнении с дооперационной, а величина роговичного астигматизма снизилась до 3,0±0,05 Дптр.

По данным кератотопографии, все индексы Фурье были значительно повышены до операции. После проведения комбинированного метода лечения кератоконуса наблюдалась нормализация сферического компонента аметропии и асимметрии, снижение правильного астигматизма и иррегулярности высшего порядка.

При проведении ОКТ с высоким разрешением определяли наличие демаркационной линии, указывающей на глубину фотохимического процесса у пациентов обеих групп она проходила в среднем на глубине 275-295 мкм. При исследовании пахиметрических карт по данным оптико-когерентного топографа у пациентов обеих групп наблюдалось уменьшение толщины роговицы. В 1 группе в среднем на 45±0,30 микрон, а во второй в среднем на 25±0,40 микрон. Уменьшение толщины роговицы обусловлено так называемым «эффектом стягивания», возникающим в результате кросслинкинга, а также в первой группе в результате проведенной абляции.

Прогрессирование кератоконуса ни в одном случае зафиксировано не было.

Выводы: Первые результаты комбинированного метода лечения кератоконуса: LASIK с одномоментным кросслинкингом коллагена роговицы показали корригированную и значительную прибавку некорригированной остроты зрения. Основные преимуществ данной методики: проведение однократного хирургического вмешательства и абляция неизмененной кросслинкингом стромы, а также сохранение эпителиального слоя роговицы и быстрая реабилитация пациентов. Оценка безопасности и стабильности полученных результатов требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Каспарова Е.А. Современные представления об этиологии и патогенезе кератоконуса // Вестник офтальмологии. 2000. №3. С. 50-53.

2. Слонимский А.Ю. Возможности сквозной пересадки роговицы при различной патологии переднего отрезка глаза // Клиническая офтальмология. 2001.№ 2(3). С.1-11.

3. Бикбов М.М., Бикбова Г.М. Эктазия роговицы. : Издательство «Офтальмология», 2011.

4. Бикбов М.М., Бикбова Г.М., Халимов А.Р. Результаты клинического применения устройства для перекрестного связывания коллагена роговицы «УФалинк» // Рефракционная хирургия и офтальмология. 2009. №9 (2). С.14-17.

5. Doors M., Tahzib N.G., Eggink F.A. et al. Use of anterior segment optical coherence tomography to study corneal changes after collagen cross-linking. Am. J. Ophthalmol. 2009; 148:844-851.

6. Raiskup F., Hoyer A., Spoerl E. Permanent corneal haze after riboflavin-UVA-induced cross-linking in keratoconus. J. Refract Surg. 2009; 25:824-828.

7. Vinciguerra P., Albe E., Trazza S. et al. Refractive, topographic, tomographic, and abberometric analysis of keratoconic eyes undergoing corneal cross-linking. Ophthalmology 2009; 116 (3):369-78.

8. Wollensak G., Redl B. Gel electrophoretic analysis of corneal collagen after photodynamic cross-linking treatment. Cornea. 2008; 27 (3):353-356.

9. Wollensak G., Spoerl E., Seiler T. Riboflavin/ultraviolet-a-induced collagen cross-linking for the treatment of keratoconus. Am.J. Ophthalmol. 2003; 135:620-7.

10. Wollensak G., Spoerl E., Seiler Th. Stress Strain Measurements of Human and Porcine Corneas after Riboflavin/Ultraviolet-A Induced Crosslinking. J. Cataract Refract Surg. 2003; 29: 1780-1785.

11. Ellen Stodola. [Corneal crosslinking: still in the spotlight.]. [Eye World Russia].Eye World Rossija. Moscow, 2014; 7 (2):22-24. (in Russ.).

12. Erin Boyle. [Selection of patients with keratoconus for crosslinking].[EyeWorld Russia].EyeWorldRossija. Moscow, 2014; 7 (2):25-26. (in Russ.).

13. Pietrini D., Tony Guedj T., Strategy for boosting visual acuity in keratoconus patients. JCataractRefractSurgToday 2012 Febr; 32-34.

АНАЛИЗ РЕФРАКЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ И АБЕРРАЦИЙ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЛАЗА В ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ

А.А.-Г.Алиев, М.М. Нурудинов - аспирант

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России,г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Актуальность. Снижение зрительных функций после хирургического лечения глаукомы может быть вызвано рядом причин. В некоторых случаях после антиглаукоматозных операций прошедших без осложнений и обеспечивших компенсацию внутриглазного давления, наблюдается снижение остроты зрения не соответствующее объективному статусу глаза. Такого рода состояния обычно интерпретируются как прогрессирование глаукоматозного процесса [7]. Отдельные сообщения освещают тему изучения рефракционных нарушений при операциях по поводу глаукомы [3,4]. Несколько зарубежных статей посвящены исследованию влияния ангти глаукоматозных операций, проникающего и непроникающего типов, на роговичный астигматизм [11,13,15] и роговичные аберрации высшего порядка [16].

Цель исследования: оценка влияния операций проникающего и непроникающего типов на рефракционную структуру и аберрации оптической системы глаза.

Материал и методы. В ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» с 2015 по 2016 год нами были исследованы 34 глаза у 34 пациентов, в возрасте от 56 до 71 года. Все пациенты были разделены на 2 группы. I группа 13 пациентов, которым была выполнена операция проникающего типа – глубокая склерэктомия (ГСЭ). II группа 21 пациентов, им выполнена непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ).

Внутриглазное давление до операции было в пределах от 28 до 34 мм. рт. ст.

В исследование были включены пациенты на I, II и III стадиях глаукомы, с сохранным центральным полем зрения (не менее 15º от точки фиксации) и остротой центрального зрения не менее 0,25.

Помимо стандартного офтальмологического обследования (визометрия, тонометрия, рефрактометрия, периметрия) были использованы специальные методы (топокератометрия), офтальмоэргометрия по оригинальной методике [9] и прецизионная визометрия с использованием оригинального оптотипа, для анализа структуры индуцированных аберраций оптической системы глаза было проведено разложение их по полиномам Цернике.

Все исследования были проведены до операции, на 7-й, 14-й день и через 1 и 3 мес. после операции.

Топокератометрия проводилась на приборе Alegretto Wave Topolyzer по стандартной методике. Разложение аберраций по полиномам Цернике проводилось на программном обеспечении кератотопографа Alegretto Wave Topolyzer при помощи функции Zernike analysis.

Офтальмоэргометрия была выполнена по оригинальной методике с использованием программы «Офтальмоэргон» [9]. Суть данного метода заключается в исследовании зрительной работоспособности путем оценки разности времени затрачиваемого на выполнение однотипной задачи с различными размерами тест-объектов. Для отображения результата получаемого при проведении офтальмоэргометрии был выведен индекс зрительного утомления (ИЗУ), который рассчитывается по формуле:

$$ИЗУ=\frac{\Delta t\times 100\%}{t\,2},$$

где Δt разность времени прохождения 1-го и 2-го теста, $t\,2$ время прохождения 2-го теста.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью компьютерных программ «Statistica 6.1» по стандартным методам параметрической и непараметрической статистики.

Результаты иследования и обсуждение. Усредненный показатель остроты зрения с максимальной коррекцией до операции составлял 0,60±0,17, роговичный астигматизм (M±σ) – 0,63±0,14 дптр. По результатам анализа Цернике коэффициент аберраций до хирургического вмешательства составлял в среднем 0,6. Перед операцией индекс зрительной утомляемости в среднем составил 47,1%.

На 7-8 день после операций проникающего типа роговичный астигматизм в центральной зоне варьировал от 1,12 до 4,32 Дптр, при операциях непроникающего типа – от 0,78 до 2,24 Дптр.

Коэффициент аберраций у пациентов I группы составил в среднем 2,4, во II группе - 1,7, также наблюдались соответствующие изменения индекса зрительного утомления: I группа - 59,8 %, II группа – 52,3 % .

Таблица 1

Показатель	До операции M±σ	Динамика показателей после операции M±σ			
		Через 1 нед.	Через 2 нед.	Через 1 мес.	Через 3 мес.
Острота зрения с макс. коррекцией	0,60±0,17	0,31±0,10	0,37±0,32	0,56±0,27	0,58±0,16
		0,43±0,12	0,45±0,74	0,59±0,61	0,62±0,53
Роговичный астигматизм, Дптр.	0,63±0,14	2,65±0,76	1,24±0,30	0,81±0,45	0,65±0,12
		1,58±0,14	0,86±0,24	0,64±0,15	0,64±0,07
Коэффициент аберраций	0,6	2,4	1,9	1,0	0,7
		1,7	1,4	0,6	0,6
Индекс зрительного утомления, %	47,1	59,8	55,5	51,9	48,6
		52,3	51,4	48,5	47,9

Примечание. Верхние строки в вертикальных столбцах показатели I группы, нижние II группы пациентов .

На основании анализа Цернике был проведен сравнительный анализ структуры аберраций оптической системы глаза после антиглаукоматозных операций

Таблица 2

Операции	Радиальный порядок, n							
	Z_1	Z_2	Z_3	Z_4	Z_5	Z_6	Z_7	Z_8
ГСЭ	0.0034	0.0019	0.0013	0.0009	0.0004	0.0001	0.00005	0.0006
НГСЭ	0.0015	0.0018	0.0009	0.0004	0.0001	0.00007	0.00002	0.0005

Было выявлено, что аберрации высших порядков усиливаются при обоих типах вмешательств, в среднем в 3 раза, в то время как аберрации низших порядков, такие как дефокус и астигматизм значительно изменяются лишь при глубокой склерэктомии и сохраняются в течение 1-го месяца после операции.

Аберрации высших порядков выражены практически в равной степени в обеих группах и сохраняются на протяжении всего периода наблюдений.

Выводы

1. Хирургические вмешательства на фиброзной оболочке глаза при глаукоме неизбежно приводят к изменениям его рефракционных параметров, но степень выраженности их зависит от объема вмешательства.

2. Индуцированные хирургией аберрации оптической системы глаза снижают остроту зрения и повышают степень зрительного утомления и, следовательно, затягивают период послеоперационной, функциональной реабилитации пациента.

3. Антиглаукоматозные операции проникающего типа такие как глубокая склерэктомия

индуцируют в раннем послеоперационном периоде выраженные рефракционные изменения, которые минимизируются в течении 3-х месяцев после операции.

4. Непроникающая глубокая склерэктомия, в силу малой инвазивности индуцирует в основном аберрации высших порядков, которые оказывают значительно меньшее влияние на качество зрения пациентов, и способствуют более быстрой их функциональной реабилитации.

Литература:

1. Аветисов С.Э., Большунов А.В., Каталевская Е.А. Изучение влияния аберраций оптической системы глаза на качество изображения глазного дна у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией // Клиническая офтальмология .2008;1:10.
2. Алиев А.Г.Д., Ярахмедова И.Б., Алиев А.А.Г., Бессарабов А.Н. Биомеханика деформации фиброзной капсулы и динамика аберраций оптической системы глаза в хирургии глаукомы // Российский офтальмологический журнал. 2010; 4:4-8.
3. Алиев А-Г.Д., Исмаилов М.И., Гительман Г.Н. Исследование аберраций оптической системы глаза при хирургическом лечении глаукомы // Глаукома.2003;3:20-23.
4. Балашевич Л.И., Качанов А.Б. // Клиническая корнеотопография и аберрометрия. М., 2008. С. 66-67.
5. Колесникова М.А., Свирина Т.А.,Мироненко Л.В., Колесников А.В., Удовиченко О.Б., Безручко С.А. Послеоперационный астигматизм в отдаленные сроки после антикатарактальных операций // Материалы 10 международной научно практич. конф. «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии 2009» Сб. науч. ст. С. 160
6. Корниловский И.М. Дифференциальная диагностика и коррекция аберраций оптической системы глаза в клинической офтальмологии. М. 2015. С.70-80.
7. Нурудинов М.М., Магарамов З.А., Алиев А-Г.Д., Алиев А.А-Г., Магарамов З.К. Офтальмоэргон. Программа для исследования зрительного утомления, свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2016618029 от 19.07.2016г.
8. Ashai M., Ahmed A., Ahsan M., Imtiaz A. The effect of trabeculectomy on corneal astigmatism. // JK-Practitioner. 2006;13:27-29.
9. Caimi F., Brancato R. // Abrrometers, theory, clinical and surgical applications. 2003. 27-64
10. Claridge KG, Galbraith JK, Karmel V, Bates AK. The effect of trabeculectomy on refraction, keratometry, and corneal topography // Eye. 1995;9:292–8.
11. Dietze PJ, Oram O, Kohnen T, Feldman RM, Koch DD, Gross RL. Visual function following trabeculectomy: effect on corneal topography and contrast sensitivity // J Glaucoma. 1997;6:99–103.
12. Egrilmez S., Ates H., Nalcaci S., Andac K., Yagci A. Surgically induced corneal refractive change following glaucoma surgery: nonpenetrating trabecular surgeries versus trabeculectomy // J Cataract Refract Surg. 2004;30:1232-1239.
13. Fukuoka S., Amano S., Honda N., Mimura T., Usui T., Araie M. Effect of trabeculectomy on ocular and corneal high order aberrations. // Jpn. J. Ophtalmol. 2011;55(5):460-6
14. Holladay JT, Cravy TV, Koch DD. Calculating the surgically induced refractive change following ocular surgery // J Cataract Refract Surg. 1992;18:429–43.
15. Jonatan H., Christopher T., Galor A., Junk A., Sastry A., Wellik R. Reftractive outcome of combined cataract and glaucoma surgery // J Glaucoma.2015;24(2):161-164

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КЕРАТОКОНУСА. ОДНОВРЕМЕННЫЙ T-CAT EPILASIK В СОЧЕТАНИИ С АКСЕЛЕРАТИВНЫМ КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ

А.М. Агмадов– ассистент, Г.Ф. Байрамова - студентка 6 курса лечебного факультета, Э.Ф. Байрамова - студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедра глазных болезней №2 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ«ДГМУ» Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н. проф. М.И. Исмаилов

Актуальность. Кератоконус это врожденное дегенеративное невоспалительное заболевание роговицы, характеризующееся прогрессирующим истончением роговицы с "выпячиванием" ее центральных отделов, формированием миопической рефракции иррегулярного астигматизма. В 20% случаев происходит активное прогрессирование кератоконуса и, как правило, манифестирует в пубертатном периоде. Процесс прогрессирования кератоконуса в наибольшей степени происходит в том возрасте, когда человеку необходимо учиться и приобретать профессиональные навыки. Прогрессирование кератоконуса может приводить к значительнove снижению зрительных функций , а значит, и качества жизни пациентов. Частота кератоконуса в общей популяции составляет 1:2000, однако в последнее время отмечается увеличение частоты этой патологии до 1:400 - 1:600. Это связывают с ухудшением экологии, а в некоторых республиках — и с этнодемографическими особенностями (близкородственные браки, компактные поселения), а также с появлением в клинической практике современной диагностической техники, позволяющей выявить заболевание на ранних, часто субклинических стадиях.

Цель исследования: Разработка и внедрение нового комбинированного высокотехнологичного метода лечения, позволяющего максимально предотвратить возможные послеоперационные осложнения, эффективно стабилизировать прогрессирование кератоконуса с максимально возможной коррекцией аберраций, оптимизировать саму технику операции, для снижения временных затрат и требований к оперирующему хирургу, а также повышения общей комплаентности пациентов с кератоконусом.

Материал и методы исследования. Процедура T-CATEpilasikc акселеративным кросслинкингом роговичного коллагена проводилась 14 пациентам с кератоконусом 1 стадии — 10 глаз, 2 стадии — 18 глаз. Всем пациентом до и после операции определяли остроту зрения без коррекции и с максимальной очковой коррекцией, рефракцию и преломляющую силу роговицы на автоматическом рефрактометре корейской фирмы Huvits , MRK-3100 (Япония), оптическую когерентную томографию.

Методика заключается в следующем : проводится местная анестезия алкаином оперируемого глаза за 10мин до операции и непосредствено перед операцией. Формируется эпителиальный лоскут с помощью эпикератома Epi-K фирмы Moria. Данный способ формирования эпителиального лоскута имеет ряд преимуществ: практически отсутствуют риски биомеханического повреждения лоскута, существующие при применении Lasik; при этом система не срезает и не повреждает боуменову мембрану; лезвие не имеет острого края, эпителий остается жизнеспособным (80%); не используются химические средства для деэпителизации до операции, во время и после операции. Эпителиальный лоскут отводится кверху, толщина формируемого лоскута 40-50мкм. Далее производится, так называемая, кастомизированная абляция. Для этого предварительно проводится кератотопография, позволяющая выявить индивидуальные рефракционные анаомалии каждого конкретного глаза. Данные кератотопографа переносятся в компьютер эксимерлазерной установки Allegretto Wave eye-q и, с помощью специального программного обеспечения Topography-guided customized ablation (T-CAT), на основе их анализа моделируется алгоритм персонализированной (кастомизированной) абляции. Далее закапывают раствор рибофлавина 0,5% до полного прокрашивания стромы роговицы желтым пигментом. После прокрашивания поверхность обнаженной роговицы промывают физиологическим раствором и эпителиальный лоскут накладывается на свое исходное место. Далее проводится процедура кросслинкинга с помощью прибора IROC UV-X; луч прибора фокусируется на вершине роговицы. УФ облучение проводят в течение 10 мин с периодическим закапыванием рибофлавина 0,5% каждые 5мин. Мощность излучения 9мВт/см². После операции оперированный глаз промывается физиологическим раствором, инстиллируют антибактериальные, корнеопротекторные, противовоспалительные препараты (тобрекс, макситрол, корнерегель). Контактную линзу снимают через 2-4 дня после операции.

Результаты исследования. Результаты комбинированного лечения кератоконуса будут оцениваться в разные сроки операции (1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год). Ниже приведены предварительные результаты в сравнении с показателями стандартной процедуры кросслинкинга (у 17 пациентов) через 7 дней, 1 месяц, 2 месяца.

Таблица 1

Сравнительный анализ со стандартной процедурой кросслинкинга

Показатель	T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом	Время наблюдения	Стандартная процедура кросслинкинга
Острота зрения без коррекции	0.18±0.02	До операции	0.2±0.03
	0.2 ± 0.03	Через 7 дней	0.16 ± 0.02
	0.29 ± 0.06	Через 1 месяц	0.2 ± 0.03
	0.35 ± 0.1	Через 2 месяца	0.26 ± 0.15
Острота зрения с максимальной коррекцией	0.35±0.06	До операции	0.33±0.08
	0.5 ± 0.03	Через 7 дней	0.3 ± 0.14
	0.6 ± 0.08	Через 1месяц	0.5 ± 0.05
	0.7 ± 0.03	Через 2 месяца	0.55 ± 0.07
Рефрактометрия	-3,4±1.8	До операции	-3,6±1,65
	-1.3±0.74	Через 1 месяц	-2,0±0,56
Оптическая когерентная томография роговицы	325±23	До операции	310±10
	491±18	Через 7 дней	482±5
	427±21	Через 1 месяц	419±12
	419±25	Через 2 месяца	389±14

На следующий день после операции пациенты указывали на наличие небольшого помутнения зрения. Со 2 дня после операции пациенты стали отмечать уменьшение мутности зрения. С 5 дня после процедуры пациенты стали отмечать улучшение остроты зрения.

Выводы. По предварительным результатам проведения T-CATEpilasik с акселеративным кросслинкингом острота зрения без коррекции улучшилась на 2-3 строчки, с максимальной коррекцией-на 3-4 строчки. Есть основания полагать ,что данная методика значительно улучшает качество зрения пациентов.

РАЗРАБОТКА АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ЛИЦ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Л. А. Биячуева – студентка 3 курса лечебного факультета, М.И.Исмаилов, К.А. Гафуров

Кафедры глазных болезней №2 с УВ и биофизики, информатики и медаппаратуры

ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители - д.м.н., проф. М.И. Исмаилов, к.т.н., доц. К.А. Гафуров

Актуальность. Для восприятия информации из окружающей среды имеет огромное значение работа органов чувств, в частности зрительного анализатора. В наше время высоких технологий и огромного объема информации, получаемой ежедневно, наблюдаются отрицательные последствия на здоровье глаз: постепенно теряется зоркость, глаза очень быстро устают. Систематический стресс, недосыпание, общая усталость организма усугубляют этот процесс. Результат – человек теряет зрение, он хуже различает простые и сложные объекты. Исследование остроты зрения (визометрия) остается до настоящего времени основным функциональным тестом в офтальмологии. Острота зрения определяется различными факторами. Одни из них зависят от состояния зрительного анализатора и, прежде всего, от рефракции глаза, другие – от условий зрительного испытания: освещенности, хроматического состава излучения источников освещения, гигиенических характеристик помещений, где проводится исследование. Если яркостный контраст ниже порогового контраста, то объекты неразличимы независимо от их раз-

меров. Острота зрения определяется по таблицам с тестовыми знаками. На результаты определения остроты зрения влияет и форма тест-объекта. Автоматизированная же методика оценки остроты зрения позволяет оценить степень адекватности работы зрительного анализатора и предупредить развитие болезней.

Таким образом, создание способа автоматизированной диагностики чувствительности зрительной системы, в частности остроты зрения, является актуальной задачей на сегодняшний день.

Цель исследования. Разработка способа, позволяющего оценить степень остроты зрения пациентов, используя средства вычислительной техники и современного программного обеспечения для сбора, анализа и статистики данных по лицам со специфическими особенностями профессиональной деятельности, а также повышение эффективности контроля за состоянием зрительной системы групп профессий, имеющих высокую степень напряженности зрительного анализатора в своей деятельности.

Задачи. Разработка программного обеспечения для ПК, с помощью которого возможно провести исследования остроты зрения как в статическом, так и в динамическом режиме. Разработка базы данных, которая должна позволить хранить и редактировать данные, производить их статистический анализ и сортировку.

Материал и методы исследования. Разработанное программное обеспечения основано на масштабировании диагностического тест-объекта или оптотипа. Тест-объект состоит из окружности 1 определенного диаметра, равномерно заполненной черным цветом, и расположенной внутри нее и касательно к первой окружности в одном из меридианов другой окружности 2 белого цвета и в 5 раз меньшего диаметра. Принцип построения оптотипов – это отношение детали объекта к общему размеру 1: 5, в разработанном программном обеспечении был полностью соблюдён. Диаметр (линейная величина) оптотипа рассчитывался по формуле:

$$\mathbf{L = 2 \cdot D \cdot tg\frac{\alpha}{2}},$$

где **L**– искомая линейная величина (диаметр) оптотипа, **D** – дистанция, для которой ведется расчет (5 м), α – условленный зрительный угол (1 мин.).

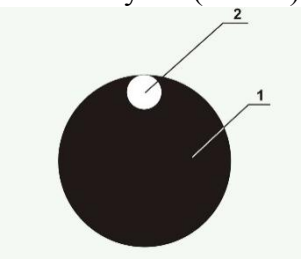


Рис. 1. Тест-объект для визометрических исследований

Результаты исследования. Разработанная программная среда для анализа остроты зрения человека имеет следующие функции: обработка данных, хранение, вывод на печать отчетов по любому пациенту, а также построение графиков зависимости размеров оптотипов и времени реакции (т.е. распознания месторасположения малой окружности и т.п.).

Выводы. Разработанный способ позволит значительно снизить риск осуществляемых ошибок и допущения неточностей в работе диспетчеров, хирургов, водителей, машинистов, что имеет весомое значение для здоровья населения в целом, т.к. от любой ошибки может пострадать огромное количество людей. Данный способ позволяет провести исследование состояния здоровья зрительной системы человека, а также его психоэмоционального состояния, что так же имеет значение для деятельности, требуемой высокой концентрации внимания. Кроме того, программное обеспечение позволяет вести статистику данных и показателей по региону, месту работы и вводить данные в единую информационную базу, что облегчит обследование в дальнейшем и предоставит возможность отслеживать динамику развития патологий или же функционального состояния зрительной системы человека. Результаты, полученные в ходе выполнения работы, могут широко использоваться в офтальмологических отделениях больниц и поликлиник.

УДК 616.08; 616-084;618.3-06;66.62-003.7;618.2

ПРОБЛЕМА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Д.А. Курбанова [2] - аспирант, Н. С.-М. Омаров[2] - д.м.н., проф.,
С.-М. А. Омаров[2] - д.м.н., профессор, Т.Х.-М. Хашаева[1] - д.м.н., проф.
Х. М. Омарова[1] - д.м.н., профессор
Кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета[1] и ФПК и ППС[2]
ФГБОУ ВО ДГМУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Наиболее часто встречающейся формой заболеваний почек является мочекаменная болезнь (МКБ), которая является полиэтиологическим заболеванием, имеющим сложный патогенез с образованием камней различного химического состава, микроструктуры, формы, величины и локализации. МКБ является болезнью обмена веществ, вызванная различными эндогенными и экзогенными причинами, нередко носит наследственный характер и определяется наличием камня в мочевыводящей системе [7,12,14].

Отмечена тенденция возрастания заболеваемости населения России мочекаменной болезнью во всех возрастных группах.

По данным специалистов ФГБУ «Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2011 год МКБ составляет 0,45% от всех заболеваний и 5,2% в структуре болезней мочеполовых органов [7,9]. За последние 10 лет, с 2002 по 2011 год, заболеваемость МКБ возросла на 21,8% (с 535,8 до 652,8 на 100 тыс. взрослого населения). При этом доля больных МКБ среди лиц, госпитализированных в урологические стационары, превышает 30% [3,4,5,15].

Экстрагенитальная патология (ЭГП) – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности.

Если говорить сегодня об индексе здоровья беременных, то в лучшем случае 40 % всех беременных женщин вынашивают беременность без осложнений, то есть без токсикозов беременных и без экстрагенитальных заболеваний. Но наличие позднего токсикоза беременности (ПТБ) в 60—70 % обусловлено скрытой или хронической экстрагенитальной патологией. Углубленный анализ течения беременности позволяет утверждать, что неосложненно протекает беременность только в 20 % а экстрагенитальные патологии (ЭП) имеют место в 30- 40 %, ПТБ в 17 % [1,12].

У беременных болезни почек и мочевыводящих путей занимают второе место по частоте встречаемости после заболеваний сердечно-сосудистой системы и представляют большую опасность как для матери, так и для плода [6,11,12]. Во время беременности происходят физиологические изменения в почках и мочевыводящей системе, которые могут привести к возникновению заболеваний почек, или же возможно обострение хронических заболеваний в данных органах[(9,10,11,12].

Так каковы же причины частых заболеваний почек во время беременности? Известно, что во время беременности происходят изменения в топографоанатомических взаимоотношениях внутренних органов по мере увеличения размеров матки: расширяются размеры лоханок почек, понижается тонус мочевого пузыря из-за гормональной перестройки, мочеточники сдавливаются растущей маткой, затрудняя отток мочи из почек. Все эти изменения в конечном итоге приводят к застою мочи, увеличивая вероятность размножения бактерий. Вследствие изменения функции почек в моче может появляться некоторое количество белка, сахара, мочевой кислоты. Далее в более поздних сроках матка отклоняется вправо и оказывает давление на правую почку, поэтому чаще камень образуется именно в правой почке [10,12].

Некоторые авторы объясняют образование камней следующими анатомо-топографическими изменениями: так как правая яичниковая вена имеет с правым мочеточником общую соединительнотканую оболочку, то при расширении вены и повышении в ней

давления происходит сдавление мочеточника и развитие ретенционных изменений в верхних мочевых путях [10,12]. Сдавление мочеточника варикозно-расширенной веной приводит к нарушению оттока мочи, может привести к развитию гипоксии стенки мочеточника с последующими пролиферативными изменениями, вплоть до образования соединительнотканого рубца. Эти данные были получены при урографическом исследовании верхних мочевых путей у женщин в различные сроки беременности [12,14,15].

Известно, что во время беременности происходят кардинальные физиологические изменения в эндокринной системе женщины. С одной стороны, это необходимо для пролонгирования и сохранения беременности [11]. Считается, что расширение чащечно - лоханочной системы происходит под воздействием прогестерона (ПГ). Проведенными экспериментальными исследованиями на животных доказано, что под воздействием гормонов беременности происходят нарушения гемодинамики, морфологически проявляются диффузным отеком стромы, коркового и мозгового вещества, дистрофическими процессами в тубулярном отделе нефронов [6,11].

Установлено, что до 5-6-й недели беременности концентрация эстриола Е3 и эстриола Е2 незначительно превышают таковую у небеременных женщин. Далее при сроке 7-13 недель содержание Е2 возрастает примерно в 18-20 раз [7]. Также наблюдается увеличение глюкокортикоидов (ГК) в крови беременных, особенно в конце второго триместра беременности [7]. Под воздействием гормонов беременности (прогестерона, эстриолов, хорионического гонадотропина) происходит ослабление связочного аппарата почек, способствующее патологической подвижности почек, увеличению частоты пузырно-мочеточникового рефлюкса [2,10]. Снижение тонуса в органах мочевыделения приводит к застою мочи в них и наблюдается повышение давления в лоханке, что способствует развитию пиелонефрита.

Эти процессы, происходящие во время беременности в почках, подтверждаются многочисленными процессами в эпителиальных клетках нефрона. Эти изменения находят прямое отражение в содержании ферментов гликолиза, цикла Кребса в крови и моче, а также ферментов фибринолиза в моче. При этом многочисленными исследователями доказано, что воспалительные заболевания в почках повышают риск образования мочевых камней на стороне поражения [6,11].

Дополнительным фактором риска развития патогенетических звеньев мочекаменной болезни является вторичный иммунодефицит, обусловленный дисбалансом IgM и IgG, который выявляется у 71,6% пациенток, и часто приводит к воспалительным заболеваниям.

Все вышеописанные факторы риска в итоге способствуют осложнению пиелонефрита мочекаменной болезнью, что дополнительно ухудшает функцию почек во время беременности. В 85% случаев при МКБ беременных присоединяется пиелонефрит [6,7,9]. При изменении уродинамики и гипертрофии мочеточников происходит продвижение камней, что приводит к стазу мочи и ухудшению состояния почек [6,12.15]. Клиническое течение МКБ у беременных может осложняться почечной коликой, калькулезным пиелонефритом в острой и хронической форме, реже пионефрозом, гидронефрозом, острой и хронической почечной недостаточностью. Наличие у беременной мочекаменной болезни не может не повлиять на течение беременности. Особенно важным является лечение возникших осложнений во время беременности, когда многие традиционные меры могут быть неприемлемыми.

Некоторые авторы считают, что лечение МКБ во время беременности будет неуспешным из-за возникших топографо-анатомических изменений. Считается, что в этом случае необходимо ограничиться лечением присоединившегося острого пиелонефрита. В литературе имеются данные об успешном проведении ДЛТ на ранних сроках беременности, без побочного влияния на организм матери и плода [14,15].

Таким образом, по данным литературы, во время беременности наблюдается достаточное количество факторов риска, которые могут привести к различным заболеваниям органов мочевыделения. Но недостаточно информации о влиянии МКБ на течение беременности, роды и послеродовый период. Практически не освещены вопросы состояния плода у беременных при МКБ и не разработаны меры профилактики осложнений беременности у женщин с МКБ.

Литература

1. Абдулвахед Л. М. Характеристика камнеобразующей активности мочи в различные триместры беременности: автореф. дис. ... . канд. мед. наук // М. 2007. 41с.

2.. Акушерство: Справочник Калифорнийского университета / Под ред. Жандера, А. Эванса: Пер. с англ. М.: Практика, 1999. 704с.

3. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. 2010. № 1. С. 4-11.

4.Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 гг. по данным официальной статистики //Экспериментальная и клиническая урология. 2011;1:4-10

5. Александров В.П., Скрябин Г. Мочекислый уролитиаз: Методические рекомендации. СПб., 1993. 26 с.

6.Кушевская Е.А., Алпатов В.П., Обухова Е.Ю. Лечебная тактика при пиелонефрите у беременных // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2006. №3. С.57-59.

7. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: Медицина, 1986, с. 60-69.

8. Кадыров З.А., Истратов В.Г., Сулейманов С.И. Мочекаменная болезнь. М.: Бином. 2013. 184 с.

9. Лопаткин Н.А., Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее //Урология. 2007;6:3-13.

10.Нефрология: Почки и беременность/ Под ред. Шилова Е.М., Козловского Н.Л. Москва:Канс-Эксмо. 2007; 350.

11. Федянова М.П., Никифоровская Е.Н., Кушевская Е.А. Сонографические и лабораторные показатели пиелонефрита у беременных // Вестник Смоленской медицинской академии. 2001. № 4. С.125-126.

12.Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.: Триада Х. 2013;595.

13. AbreuL., Camilo-SilvaD.G., FiedlerG., CorguinhaG.B., PaivaM.M., Pereira-Correia J.A., MullerV.J. Review on renal recovery after anatrophic nephrolithotomy: Are we really healing our patients? World J Nephrol. 2015;4(1):105-110.

14. Ceylan K., Sűnbűl O., Şahin A., Gűnes M. Ureteroscopic treatment of ureteral lithiasis with pneumatic lithotripsy: analysis of 287 procedures in a public hospital // Urol. Res. — 2005. — Vol. 33. — P. 422-425.

15.El-Husseiny T., Buchholz N. The role of open stone surgery. Arab Journal of Urology. 2012;10:284-288.

УДК 618.5-089.888.61-085.477.87:613.888

ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

З.А. Курбанова - аспирант, Н. С.-М. Омаров - д.м.н., профессор, Х. М. Омарова - д.м.н., профессор

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Итогом широкого и иногда не всегда достаточно обоснованного использования кесарева сечения явилось нарастающее из года в год число женщин фертильного возраста с оперированной маткой. Этот контингент беременных еще больше увеличивает частоту оперативных родов, так как в последние годы в структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает одно из первых мест и достигает 25-30%. Даже неосложненное кесарево сечение ограничивает репродуктивную функцию женщин фертильного возраста, так как существуют отдаленные осложнения абдоминального родоразрешения: возрастает риск эктопической беременности, бесплодия, невынашивания беременности, аденомиоза, синдрома тазовых болей, что оказывает негативное влияние на репродуктивную систему женщины и требует больших моральных и материальных затрат для ее коррекции [1,2,3,4]. В условиях снижающейся рождаемости это обстоятельство становится социальной проблемой. В связи с наличием рубца на матке только в плановом порядке подвергается повторному кесареву сечению около 40-50% беременных. Всего же посредством этой операции родоразрешается от 55 до 85% женщин с рубцом

на матке, а в некоторых регионах России эта цифра доходит до 100%.

Повторное кесарево сечение является технически более сложной операцией. Материнская заболеваемость при повторной операции в 3-4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути [1, 4].

В связи с этим все большую актуальность приобретают вопросы о методах контрацепции у женщин с рубцом на матке.

Целью исследования: выбор оптимального метода контрацепции женщинам с рубцом на матке после кесарева сечения, оценка приемлемости высокоэффективных методов контрацепции с учетом состояния эндометрия и рубца на матке, что позволяет более дифференцированно подойти к выбору современного метода контрацепции у женщин в различные сроки после операции.

Материал и методы исследования. Внутриматочный метод контрацепции был применен у 29 (I группа) пациенток, у которых отсутствовали разрастания соединительной ткани, полипы и очаговая гиперплазия эндометрия в области рубца, а максимальная глубина дефекта передней стенки матки в этой зоне не превышала 3,0 мм (в среднем 1,4+0,7 мм). Из них 21 (72,4%) пациентка прекратила грудное вскармливание до введения ВМК, у 8 (27,6%) пациенток продолжалась лактация. ВМК "Голдлили Эксклюзив" (фирма « Гедеон Рихтер», Венгрия), регистрационный номер ФСЗ 2010/ 08041 вводился через 3, 6, 12 и более месяцев после операции. В комплексное обследование были включены также 6 пациенток, которым ВМК был удален по желанию до начала обследования. Длительность экспозиции ВМК у них составила в среднем 4,8+2,1 лет.

47 женщинам для профилактики нежелательной беременности была предложена гормональная контрацепция: 19 (II группа) кормящим грудью женщинам - оральный гестагенный контрацептив «Лактинет» (фирма «Organon», Нидерланды), регистрационный номер ЛСР-002481/10-260310 и 28 пациенткам – (III группа), прекратившим грудное вскармливание, монофазный комбинированный ОК «Димиа» (фирма «Гедеон Рихтер», Венгрия), регистрационный номер ЛП-001179.

Через год после применения контрацептивов проводилась соноконтрастная гистероскопия для оценки состояния послеоперационного рубца.

"Голдлили Эксклюзив" внутриматочный контрацептив (ВМК) Т-образной формы. Механизм контрацептивного действия: "Голдлили Эксклюзив" связан с асептической воспалительной реакцией эндометрия вследствие присутствия инородного тела в полости матки, а также с постоянным выделением ионов меди, которые обладают спермицидным эффектом. Для данного изделия (внутриматочной спирали) характерна контрацептивная надежность, сравнимая с приемом гормональных противозачаточных средств (индекс Перля 1,0/1,0) и низкая степень отторжения (0,6/1,8). Внутриматочное устройство "Голдлили Эксклюзив" относится к числу наиболее безопасных. Срок службы 7 лет.

"Лактинет" эффективная контрацепция для кормящих мам, не содержит эстрогенов, не подавляет лактацию, индекс Перля сопоставим с КОК.

Препарат **«Димиа»** является комбинированным монофазным пероральным контрацептивным средством, содержащим дроспиренон и этинилэстрадиол. По своему морфологическому профилю дроспиренон близок к натуральному прогестерону: не обладает эстрогенной, глюкокортикоидной и антиглюкокортикоидной активностью и характеризуется выраженным антиандрогенным и умеренным антиминералокортикоидным действием.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно протоколу исследования у всех пациенток введение ВМК было неосложненным. Случаев перфорации матки, выраженного болевого синдрома или механических затруднений при введении проводника через цервикальный канал не было ни в одном случае.

Анализ результатов наблюдения за пациентками с ВМК позволил выявить высокую контрацептивную эффективность метода (100%): случаев наступления беременности не зарегистрировано ни у одной из наблюдаемых женщин.

Изучались частота осложнений и побочных реакций при применении внутриматочного метода контрацепции. Наиболее частыми побочными реакциями и осложнениями явились нарушения менструального цикла у 9 (31,0±8,7%) пациенток и экспульсия контрацептива у 4 (13,8±6,5%) пациенток (табл. 1).

Таблица 1

Побочные реакции и осложнения у женщин с рубцом на матке при использовании внутриматочной контрацепции

Побочные реакции и осложнения	Количество пациенток, n (%)			
	1 группа (n=9)	2 группа(n=10)	3 группа(n=10)	Итого (n=29)
Экспульсия ВМК	1(11,1)	1 (10,0)	2 (20,0)	4(13,8)
Альгоменорея	0	0	1 (10,0)	1 (3,4)
Гиперполименорея	4 (44,4)	2 (20,0)	3 (30,0)	9 (31,0)
Эндоцервицит	0	0	1 (10,0)	1 (3,4)
Отсутствие побочных реакций	4 (44,4)	7 (70,0)	3 (30,0)	14 (48,3)

Примечание: достоверных отличий не выявлено (p>0,05).

По данным исследования наименьшая частота осложнений выявлена в группе женщин, которым ВМК введен через полгода после операции (30,0+15,3%) из-за меньшего числа пациенток с нарушением менструального цикла по типу гиперполименореи. Экспульсия контрацептива произошла у 1 (11,1+11,1%) пациентки I группы- в течение первых двух месяцев, у 1 (10,0+10,0%) пациентки II группы- через 6 месяцев контрацепции и у 2 (20,0+13,3%) пациенток III пгруппы - к концу 1-го года контрацепции (p>0,05). У 1 (16,7+16,7%) пациентки была выявлена частичная экспульсия контрацептива в цервикальный канал через два года экспозиции, что соответствует показателю III подгруппы (p>0,05).

На появление болей внизу живота в период менструации указала 1 пациентка III группы через полгода применения внутриматочной контрацепции (10,0+10,0%) (p>0,05).

Нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи зарегистрировано у 9 (31,0%) пациенток, достоверных различий по группам не выявлено (p>0,05). За время наблюдения случаев удаления ВМК в связи с нарушениями менструального цикла не было, всем десяти пациенткам проведена успешная терапия кровоостанавливающими средствами. Гиперполименорею отметили 2 (33,3+21,1%) пациентки через 3 месяца от начала использования метода, что достоверно не отличалось от III подгруппы (p>0,05).

У 1 (10,0+10,0%) пациентки I группы был диагностирован эндоцервицит через 4 месяца после введения контрацептива. Женщина была не замужем и, как выяснилось позднее, имела нескольких половых партнеров. На развитие эндоцервицита в сочетании с неспецифическим кольпитом указала 1 (16,7+16,7%) пациентка через 6 месяцев контрацепции (p>0,05). В 1 и 2 группах не отмечено воспалительных заболеваний половых органов за время наблюдения.

Приемлемость внутриматочной контрацепции у женщин после кесарева сечения составила 86,2%. 25 пациенткам через 1 год на фоне контрацепции проведена контрольная соноконтрастная гистероскопия с анэхогенным контрастированием. При исследовании определено правильное положение контрацептива в полости матки у всех пациенток.

Таблица 2

Средняя толщина передней стенки матки в области рубца через 1 год на фоне использования внутриматочной контрацепции

Группы	Исходная средняя толщина стенки матки в области рубца (мм)	Контрольная средняя толщина стенки матки в области рубца (мм)
I (п=8)	6,8±1,6	6,8±1,6
II (п=9)	7,0±1,4	7,0+1,3
III (п=8)	6,6±1,5	6,6±1,5

Примечание: достоверных отличий не выявлено (p>0,05).

В ходе исследования достоверных различий в длительности лактации у женщин, продолживших вскармливание на фоне внутриматочной контрацепции, не было зарегистрировано: 2 из них продолжили грудное вскармливание до 6 месяцев, 2 до 8 месяцев (p>0,05). Средняя продолжи-

тельность грудного вскармливания составила 6,5+0,8 месяцев.

Анализ контрацептивного эффекта и побочных реакций, связанных с приемом оральных контрацептивов, у 47 пациенток, перенесших кесарево сечение, позволил выявить следующее.

При наблюдении в течение 1 года не наступило ни одной беременности у женщин, принимающих оральные контрацептивы, контрацептивный эффект составил 100%.

Побочные реакции при использовании оральных контрацептивов отмечены у 18 (38,3+7,1%) женщин (табл. 3).

Таблица 3

Побочные реакции у женщин с рубцом на матке при использовании гормональной контрацепции

Побочные реакции	Подгруппа «Лактинет» (n =19)	Подгруппа «Димиа» (n =28)	Всего (n=47) (%)
Ациклические кровянистые выделения	3 (15,8)	0	3 (6,4)
Увеличение массы тела (более 2 кг)	2 (10,5)	4 (14,3)	6'(12,8)
Тошнота	0	2 (7,1)	2 (4,3)
Головная боль	0	3 (10,7)	3 (6,4)
Нагрубание молочных желез	1 (5,3)	2(7,1)	3 (6,4)
Отсутствие побочных реакций	13 (68,4)	17 (60,7)	30 (63,8)

Примечание: достоверных отличий не выявлено (p>0,05).

Большинство женщин, использовавших гормональную контрацепцию,применявших «Лактинет» (68,4+11,0%) и «Димиа» (60,7+9,4%), указали на хорошую переносимость препаратов и не отметили развитие каких-либо побочных реакций.

При использовании препарата «Лактинет» наиболее частыми побочными реакциями являлись ациклические кровянистые выделения из половых путей в первые три месяца использования контрацептива (15,8+8,6%), в дальнейшем их частота снижалась и к 12-му месяцу приема препарата они прекратились у всех женщин. При приеме комбинированного контрацептива пациентки ациклических кровянистых выделений из половых путей не отмечали (p>0,05).

Побочные эффекты в виде нагрубания молочных желез были редкими, кратковременными и не потребовали дополнительного лечения: в подгруппе женщин, принимающих «Лактинет», их отметилв лишь 1 пациентка (5,3%), в подгруппе женщин, принимающих «Димиа» - 2 пациентки (7,1%).

При приеме «Димиа» побочные реакции в виде тошноты отмечались у двух (7,14%) пациенток, головная боль у 3 (10,7+6,0%) пациенток, при использовании «Лактинет» данных изменений пациентки не отмечали (p>0,05).

При проведении контрольной эндоскопической гистероскопии через год на фоне оральной контрацепции у пациенток, имевших полипы и очаговую гиперплазию эндометрия в области рубца при первом обследовании, патологических изменений эндометрия не выявлено.

Контрольная соноконтрастная гистероскопия с анэхогенным контрастированием, проведенная через 1 год, не выявила достоверных отличий между исходными (7,1+1,4 мм) и контрольными размерами (7,1+1,3 мм) передней стенки матки в области рубца (p>0,05) (табл.42).

Таблица 4

Средняя толщина передней стенки матки в области рубца через 1 год использования гормональной контрацепции

Подгруппа	Исходная толщина стенки матки в области рубца (мм)	Контрольная толщина стенки матки в области рубца (мм)
«Лактинет»(n=19)	7,0±1,6	7,0±1,5
«Димиа»(n=28)	6,8±1,4	6,8±1,4

Примечание: достоверных отличий не выявлено (p>0,05).

Необходимо отметить положительный эффект от приема «Димиа» у пациенток с нарушениями менструального цикла. Так, у 6 (12,8+4,9%) женщин перед использованием оральной контрацепции отмечалась дисменорея. К 6-му месяцу использования контрацептива у данных пациенток произошла нормализация менструального цикла от 27 до 29 дней.

Средняя продолжительность грудного вскармливания у пациенток, принимавших «Лактинет», составила 7,8+2,3 месяцев. Эти данные достоверно не отличались от средней продолжительности лактации (8,1+5,3 месяцев) у женщин, не применявших контрацептивы, и женщин, использующих ВМК (6,5+0,8 месяцев) (p>0,05).

Восстановление менструального цикла к 12 месяцу произошло у 17 (89,5%) женщин в среднем через 7,0+2,4 месяцев.

В процессе гормональной контрацепции у подавляющего большинства (87,2%) женщин не наблюдалось достоверных изменений средних показателей массы тела (p>0,05.)

Биохимические показатели крови при приеме ОК оставались в пределах физиологической нормы (p>0,05). До начала приема «Лактинет» и «Димиа» исходный уровень глюкозы в крови имел следующие значения: 3,6+0,1 ммоль/л и 3,8+0,3 ммоль/л соответственно. После приема контрацептивов в течение 6 месяцев регистрировались следующие показатели: 3,7+0,1 ммоль/л и 3,8+0,4 ммоль/л соответственно, через год контрацепции 3,6+0,3 ммоль/л и 3,8+0,1 ммоль/л соответственно (p>0,05).

Показатели гемостаза также находились в пределах нормальных значений (p>0,05). Исходные значения до приема мини-пили были следующие: фибриноген -3,02+0,3 г/л, протромбиновый индекс (ПТИ) - 82,0+1,6%. Через 6 месяцев приема ОК эти показатели были соответственно - 3,08+0,3 г/л и 82,0+2,4%, через год -3,04+0,3 г/л и 84,0+1,5% (p>0,05).

Приемлемость оральной контрацепции составила 87,2%: при приеме мини-пили - 89,5%.

Выводы. Итак, в ходе исследования была выявлена высокая контрацептивная эффективность и приемлемость внутриматочной и гормональной контрацепции у женщин с рубцом на матке в течение года использования.

Согласно результатам исследования, частота осложнений ниже в группе пациенток, которым ВМК введен через 6 месяцев после операции (30,0%), в первую очередь, за счет уменьшения числа пациенток с нарушениями менструального цикла. По данным соноконтрастной гистероскопии, проведенной через 1 год применения внутриматочной контрацепции и комбинированных оральных контрацептивов, достоверных изменений в области рубца не выявлено.

Таким образом, методом выбора в первые 6 месяцев после родов является прием ОК – «Лактинет». Учитывая высокую контрацептивную эффективность ВМК «Голдлили Эксклюзив» можно рекомендовать для дальнейшего использования женщинам с рубцом на матке.

Литература

1.Ананьев В. А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах // Акушерство и гинекология. 2011. №2. -С. 52-54.

2.Габидуллина Р. И. Рубец на матке после кесарева сечения :хирургические и диагностические аспекты : автореф. дис. ... д-ра мед. наук . М., 2004. 29 с.

3.Густоварова Т. А. Ведение беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2011. Т. 7. № 4. С. 45-49.

4.Крамарский, В. А. Оценочные критерии качества заживления раны на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. - 2008.-№ 3. - С. 29-31.

ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НА КОСТНУЮ МАССУ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

М.А. Идрисова - аспирант

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Научный руководитель - д.м.н., профессор А.Э.Эседова

Актуальность.Остеопороз (ОП) и ожирение представляют с собой два метаболических заболевания, распространенность которых набрала высокий темп роста за последнее время. Эти два нарушения имеют одну генетическую основу и подвержены различным влияниям окружающей среды, и оба могут присутствовать у одного пациента одновременно, многократно усиливая свое пагубное влияние, представляя спектр проблем как для врачей акушеров-гинекологов, так и для врачей других специальностей [1].

В Российской Федерации по данным денситометрических исследований распространенность ОП охватывает 30,5-33,1% женщин в возрасте 50 лет и старше. Причем женщины с возрастом могут терять до 50% губчатой и 35% компактной кости [2].

В 2004 году ,по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ожирение было зарегистрировано у 1,7 млрд человек, т.е. приблизительно у 30% жителей планеты [3]. Едва ли не единственным положительным эффектом наличия ожирения ранее считался его протективный эффект в отношении развития ОП. Но последние исследования показывают, что женщины, страдающие избыточной массой тела или ожирением, имеют более низкие показатели формирования кости, которые измеряются биохимическими маркерами. Авторы ссылаются на то, что увеличение жировых отложений подавляет образование новых коллагеновых структур [1].

Учитывая тот факт, что жировая ткань является эндокринным органом, она может влиять на костную массу самостоятельно или опосредованно – через продукцию адипокинов. Из известных адипокинов, синтезируемых жировой тканью, наиболее значимое влияние на костный метаболизм оказывают лептин и адипонектин [4].

Цель исследования: изучение влияния маркеров жирового обмена (лептина и адипонектина) на костную массу у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия ожирения.

Материал и методы исследования. В исследование вошло 165 женщин, находящихся в постменопаузальном периоде длительностью более 3 лет, которых разделили на две исследуемые группы: основную группу (1 группа) составили 87 женщин с ожирением, у которых индекс массы тела (ИМТ) 36,8±3,5 кг/м^2 объем талии (ОТ) 94,0±12,4 см, объем бедер (ОБ) – 107,4±9,8 см: в контрольную группу (2 группа) вошли 78 здоровых женщин в постменопаузальном периоде, у которых ИМТ - 24,1±2,3 кг/м^2 ОТ 71,0±4,4 см, ОБ 98,1±3,4см. ИМТ рассчитывали как отношение массы тела (кг) к росту (м^2): ИМТ<18,5 кг/м^2 – низкая масса тела, и соответствующий дефициту массы тела; ИМТ=18,5-24,9 кг/м^2 – обычный, соответствующий нормальной массе тела; ИМТ=25,0-29,9 кг/м^2 – повышенный, соответствующий избыточной массе тела; ИМТ=30,0-34,9 кг/м^2 – ожирение I степени; ИМТ=35,0-39,9 кг/м^2 – ожирение II степени; ИМТ≥40 кг/м^2 – ожирение III степени. В свою очередь, критерием абдоминального ожирения считали ОТ≥80 см, отношение индекса ОТ/ОБ > 0,85.

Методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии определяли минеральную плотность кости (МПК) при помощи аппарата LunarProdigy (США). Согласно критериям ВОЗ, по Т-критерию осуществлялась диагностика ОП, в стандартных отклонениях (SD) от нормативных показателей пиковой костной массы здоровых женщин. Величина SD до 1 считалась нормой, от 1 до 2,5 SD – остеопения, ниже 2,5 SD – ОП. С помощью ионселективного электрода на анализаторе электролитов Микролит 3+2 фирмы «Kone» (Финляндия) определяли показатели кальций-фосфорного обмена. Определяли с помощью коммерческих наборов фирмы «Kone» на биохимическом анализаторе Konelab – 30 уровень экскреции кальция (метод ArsenazoIII), фосфора (метод Molybdate), креатинина (метод Jaffe). По уровню биохимических маркеров костного ремоделированя характеризовали костный метаболизм. Костное формирование характеризовали по содержанию в сыворотке крови остеокальцина (ОК) иммунорадиометрическим методом с помощью набора CisBioInternational (Франция) и содержанию костной щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью коммерческих наборов Alkphase-B (США). По уровню С-концевых телопептидов (CT_x), образующихся при деградации коллагена I-го типа во второй утренней порции мочи и в сыворотке крови, иммуноферментным методом с использованием тест-систем CrossLapsELISA фирмы «OsteometerBioTech» и по экскреции оксипролина (ОПР) с

мочой натощак по отношению к экскреции креатинина (ОПР/Кр, мкг/мкмоль/Кр) колориметрическим методом оценивали состояние костной резорбции. Уровнь лептина и адипонектина определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием наборов HumanLeptinELISA*(Diagnostics Biochem CanadaInc.) и Human Adiponectin ELISA (BioVender).*

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ MicrosoftExcel-98. Для определения характера связи между изучаемыми параметрами применялся корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции r и последующим установлением его значимости по критерию t Стьюдента. Для оценки вклада ряда клинико-инструментальных и лабораторных показателей в снижение костной массы было использовано регрессионное моделирование с расчетом многомерных пошаговых регрессий.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования из 165 пациенток 69 (42%) женщин имели ожирение (ИМТ≥ 30 кг/м^2), 18 (11%) женщин избыточную массу тела (ИМТ-25,0-29,9 кг/м^2) и у 78 (47%) женщин ИМТ был ниже 25,0 кг/м^2. Среди женщин, страдающих ожирением и избыточной массой тела, 88% имели абдоминальный (висцеральный) тип ожирения и только 12% гиноидную форму ожирения.

Лептин в крови у женщин первой группы, страдающих ожирением (60,1±8,1), был достоверно выше, чем у женщин контрольной группы (30,6±6,3) ($p<0,05$), в то же время статистически значимых различий уровня адипонектина ни в основной, ни в контрольной группах не выявлено ($p<0,05$). Также не выявлено достоверных различий в группах женщин и при сравнении абсолютных значений МПК.Результаты исследования маркеров костного метаболизма и биохимических показателей кальций фосфорного обмена у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия ожирения показали, что в первой группе показатели кальций-фосфорного обмена достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Также статистически значимо отличался уровень паратгормона и активность ЩФ в крови ($p<0,05$) у женщин сравниваемых групп. По остальным параметрам костного обмена значимых различий между группами не обнаружено ($p>0,05$).

При анализе данных исследования выявлено, что в первой (основной) группе женщин 24 (27,8%) пациентки имели нормальные показатели МПК, у 48 (55,4%) обнаружена остеопения и у 15 (16,8%) определялся ОП. Во второй же (контрольной) группе отмечено, что у 22 (28,4%) пациенток имелись нормальные показатели МПК, у 37 (47,7%) выявлена остеопения и у 19 (23,9%) обнаружен ОП.

Была выявлена прямая корреляция между уровнем лептина и МПК в позвоночнике (r=0,27), шейке бедра (r=0,29) и проксимальном отделе бедра (r=0,36) и отрицательная корреляция между уровнем адипонектина и МПК в проксимальном отделе (r=-0,26) и шейке бедра (r=-0,29). Интересен тот факт, что в ряде проведенных исследований также отмечено присутствие прямой связи между уровнем лептина в сыворотке крови и МПК у человека, в то же время имеются другие исследования, в которых обнаружено наличие обратной связи между этими параметрами [5,6]. Адипонектин, являясь антагонистом лептина, отрицательно коррелировал с МПК, что также подтверждают результаты исследований ряда других авторов, хотя в отдельных работах такая связь не подтвердилась.

Таким образом, в ходе проведенных исследований обнаружено, что в постменопаузе у женщин, страдающих ожирением, уровень лептина в два раза выше, чем у женщин без ожирения. Обнаруженная положительная корреляция лептина с минеральной плотностью кости показала, что сама по себе жировая масса не оказывает существенного влияния на костную ткань ее действие опосредовано через выработку лептина. Действие лептина на кости объясняется его способностью действовать положительно непосредственно в периферических тканях или отрицательно через центральные механизмы регуляции. Влияние адипонектина на костные структуры оказалось неоднозначным, в связи с чем необходимо его дальнейшее изучение. Отсюда можно сделать вывод, что одним из факторов риска в развитии остеопороза у женщин в период постменопаузы является ожирение. Тем не менее многие вопросы еще остаются открытыми и требуют дальнейшего изучения в связи с высокими темпами распространения ожирения и остеопороза, так пагубно влияющих на качество жизни женщин.

Литература:

1. Шишкова В.Н. Ожирение и остеопороз. Остеопороз и остеопатии. 2011; №1: 21-25.

2. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Никитина Т.И. Менопаузальный остеопороз: Руководство для врачей. М. ГЭОТАР – Медиа 2012, 5 с.

3. Кузьмина-Крутецкая С.Р., Репина М.А. Метаболический синдром у женщин. Методические рекомендации. СПб. 2011. 41-47с.

4. Kawai M., de Paula F.J.A., Rosen C.J. New insights into osteoporosis the bone-fat connection. J. Intern. Med. 2012.

5. Morberg CM., Tetens I., Black E. et al. Leptin and bone mineral density: a cross-sectional study in obese and nonobese men. J ClinEndocrinoMetab. 2003; 88(12):5795-800.

6. Muhlen D., Safii S., Jassal S. K. et al. Associations between the metabolic syndrome and bone health in older men and women: the Rancho Bernardo study. Osteoporos. Int. 2007; 18: 1337–44.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА

Д.У.Таибова, А.К.Гамзаев, Ф.М. Гиравова, Л.М. Хабибулаева - аспиранты

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,г.Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность.В настоящее время по распространенности сахарный диабет (СД) занимает 3–е место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний , а в структуре эндокринных заболеваний -1-е место. При СД можно отметить раннее наступление и более тяжелое течение климактерического синдрома (КС) постменопаузы [2].

В настоящее время проблема генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) у женщин климактерического возраста занимает лидирующее место среди других симптомов климактерических нарушений, что объясняется крайне выраженным отрицательным их влиянием на качество жизни этой категории пациенток [3]. У каждой второй женщины климактерического периода можно выделить симптомы неблагополучия со стороны урогенитального тракта в виде расстройств мочеиспускания, диспареунии, недержания мочи, сухости и зуда во влагалище [1].

Цель исследования: изучение показателей ГУМС, а также КС на фоне СД 2.

Материалы и методы исследования. В одномоментное исследование было включено 110 женщин в возрасте от 45 до 70 лет с постменопаузой длительностью более 5 лет, поделенные на следующие клинические группы: 1 группа (основная) 70 женщин с медикаментозно компенсированным СД 2 типа в постменопаузе и 2 группа 40 женщин без патологии эндокринной системы в постменопаузе.

При первичном обследовании и на фоне лечения мы проанализировали степени выраженности климактерических расстройств по модифицированному менопаузальному индексу (ММИ). Для оценки степени тяжести недержания мочи женщинами велся недельный дневник мочеиспусканий, где они отмечали следующие данные: количество прокладок, использованных за неделю, количество эпизодов недержания мочи за неделю и количественный часовой прокладочный тест. Также в дневниках отмечалась частота дневных (поллакиурия) и ночных (никтурия) мочеиспусканий. Степень атрофии половых органов до и после лечения оценивалась на основании гинекологического осмотра, расширенной кольпоскопии, микроскопического, микробиологического, культурального, цитологического исследований. В процессе ультразвукового исследования гениталий определялось расположение матки и яичников, их размеры.

Результаты исследования.КС у пациенток с СД 2 типа развивался достоверно раньше (44,7±0,19). В отличие от здоровых женщин менопауза наступала на 2–3 года раньше (46,9±1,4 года). Можно предположить, что раннее наступление менопаузы связано со снижением овариального резерва яичников при замедлении обмена веществ в условиях гликозурии. По данным ММИ установлено, что у женщин с СД 2 типа чаще встречаются тяжелая (23,8%) и среднетяжелая (41,9%) степени тяжести КС, в отличие от пациенток контрольной группы (14,6% и 36,5%). Было установлено, что СД с максимальной частотой диагностируется в возрасте 45–55 лет (48,6%), то есть в период, когда наблюдается физиологическая гормональная перестройка.

В клинической картине УГР в климактерическом периоде выделяют симптомы, свя-

занные с вагинальной атрофией и расстройства мочеиспускания.

Стрессовое недержание мочи (эпизоды недержания мочи при физическом напряжении, беге, кашле, чихании, смехе) в 54,6% случаев имели тяжелое течение: каждая третья женщина (34,1%) отмечала почти всегда (5 баллов), каждая четвертая (20,6%) - в половине случаев (4 балла). По данным результатов исследования выявлено, что у женщин первой группы, страдающих СД 2 типа, ургентное недержание мочи (проблемы при попытке задержать начало мочеиспускания) обнаружено в тяжелой степени у 46,6% женщин, императивное (эпизоды недержания мочи при возникновении позыва к мочеиспусканию) - у 42,9% пациенток: 25,0% отмечали эти нарушения почти всегда (5 баллов), 21,6% - в половине случаев (4 балла), у остальных 53,4% в слабой и умеренной степени (1-3 балла). Частое мочеиспускание (мочеиспускание в течение 2 часов) с тяжелым течением отмечено у каждой четвертой женщины, страдающей СД 2 типа (25,8%), и оценено в 4-5 баллов. Из 85 женщин, страдающих никтурией, 15,3% были оценены в: 4-5 баллов, то есть у 84,7% эти нарушения протекали в слабой и умеренной степени. Напряжение во время начала мочеиспускания (потребность напрягаться, чтобы начать мочеиспускание) было оценено в 4-5 баллов в 19,3%, в остальных 80,7% - в 1-3 балла. Такое проявление мочеиспускания, как слабая струя мочи (частота слабой струи мочи) из 45 женщин изучаемой группы у каждой пятой (20,0%) была оценена как тяжелая степень (4-5 баллов), остальные 80,0% как слабая и умеренная (1-3 балла). 67,4% женщин имеют низкое качество жизни, связанное с нарушениями мочеиспускания.

Выводы. Менопауза у женщин с сахарным диабетом 2 типа наступает стабильно раньше, чем у женщин, не страдающих диабетом. Течение менопаузы, а именно генитоуринарного синдрома, при сахарном диабете 2 типа протекает тяжелее, часто в структуре генитоуринарных менопаузальных расстройств лидирующими являются нарушения мочеиспускания, основными клиническими проявлениями которых являются стрессовое, ургентное и императивное недержание мочи, отрицательно влияющие на качество жизни женщин.

Литература:

1. Балан В.Е. Клиническая картина, диагностика и лечение вагинальной атрофии в климактерии//Гинекология. 2009; 2(11): 26-29.

2. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Сахарный диабет 2 типа у женщин в постменопаузе // РМЖ. 2006. №6. С. 464.

3. Южакова Е.В., Смирнова Е.Н. Расстройства мочеиспускания как проявление вегетативной дисфункции у женщин с сахарным диабетом в постменопаузе//Пермский медицинский журнал. 2015: №1; Т. 32: 54-58.

ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

П.А.Махтибекова, З.М., Касумова , А.М. Меджидова - аспиранты

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,г.Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э.Эседова

Актуальность. В связи с бурным ростом в последние годы заболеваемости метаболический синдром стал предметом изучения врачей различных специальностей. Формированию климактерического синдрома (КС) у женщин зачастую предшествует нарушение процессов метаболической адаптации, существование которой на фоне ранее приобретенных хронических заболеваний, наследственных и социальных факторов усугубляет течение КС [1].

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) второй по частоте «маркер» наступления климактерия. ГУМС – комплекс вагинальных и мочевых симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта. В свою очередь, менопауза и ранняя постменопауза с пиком в 50-59 лет – это время для дополнительных прибавок массы тела. Одним из проявлений метаболического синдрома является ожирение.

Цель исследования: Изучение влияния ожирения на показатели ГУМС и климактерического синдрома у женщин [2].

Материал исследования и методы. Было обследовано 58 женщин в постменопаузальном периоде, обратившихся в Республиканский диагностический центр г. Махачкалы, в эндокринологическое отделение. У всех обследуемых пациенток имелся главный клинический признак метаболического синдрома – ожирение. Возраст пациенток составил 40-70 лет с длительностью постменопаузы до 14 лет. Общая масса тела пациенток составила от 65 до 110 кг (средняя 75,7±1,7 кг). Прибавка массы тела у женщин к началу исследования составила от 5 до 30 кг (в среднем 7,9±0,77 кг). Избыточная масса тела (ИМТ (индекс массы тела) > 25 кг/м^2) выявлена у 27 (46,2%), ожирение (ИМТ > 30 кг/м^2) – у 31 (53,8%) , причем у 6 (10%) из них – резко выраженное ожирение (ИМТ > 35 кг/м^2). У всех обследованных женщин был выявлен абдоминальный тип ожирения (ОТ (объем талии) / ОБ (объем бедер) ≥0,8). Было отмеченонарушение толерантности к глюкозе у 37 (64%) пациенток.

Тяжесть климактерических расстройств оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Выраженность нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных симптомов оценивали по 4 балльной системе (от 0 до 3 баллов). Число баллов в каждой группе суммируют и получают ММИ. Для нейровегетативных нарушений значение ММИ до 10 баллов – отсутствие проявлений КС; 11-20 баллов – легкую степень; 21-30 – среднюю; 31 и более – тяжелую степень выраженности. Обменно-эндокринные и психоэмоциональные симптомы оценивались однотипно. Индекс, равный 0, – отсутствие нарушений, 1-7 баллов – легкие нарушения, 8-14 баллов – средние, 15 баллов и более – тяжелы проявления климактерического синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования выявлено, что КС легкой степени тяжести обнаружен у 18 обследованных женщин (31%), средней тяжести – у 34 (59%) и тяжелой степени выявлен у 6 (10%). Частота КС, протекающих в умеренной и тяжелой форме, показала, что нейровегетативные расстройства имелись у 40 пациенток (69%), обменно-эндокринные – у 37 (64%), психоэмоциональные – у 32 (56%). Анализ показал, что наиболее частыми были жалобы на головную боль – 53 (92%) женщин, жалобы на потливость и приливы жара- у 49 (84%) женщин, жалобы на сердцебиение в покое – у 45 (77%).

ГУМС у женщин с КС в постменопаузе включал комплекс осложнений, связанных с развитием атрофических процессов в эстрогензависимых органах. По данным исследования, атрофический вагинит, характеризующийся сухостью и зудом во влагалище, выявлен у 26 из 58 обследованных женщин (44%). Дизурические расстройства беспокоили 28 (49%) женщин, у 40 пациенток было отмечено стрессовое недержание мочи, что составило 69%.

Выводы. Таким образом, клинический анализ состояния здоровья женщин с ММС в постменопаузе показал как отрицательное влияние ожирения на течение климактерического синдрома (нейровегетативные, обменно-эндокринные и психо эмоциональные нарушения), так и значительное влияние на течение генитоуринарного менопаузального синдрома, ухудшая все его показатели и, в свою очередь, снижая качество жизни женщин в потсменопаузальном периоде.

Литература

1. Сметник В.П.Генитоуринарный менопаузальный синдром: новый термин, обоснование и дискуссия // Акушерство и гинекология. 2016. № 4. С.7-10.

2. Юренева С.В., Ермакова Е.И., Глазунова А.В. Диагностика и терапия генитоуринарного менопаузального синдрома у пациенток в пери- и постменопаузе (краткие клинические рекомендации) // Акушерство и гинекология. 2016.№5.С.138.

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР И КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ

М.А. Идрисова - аспирант

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,г.Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.Э Эседова

Актуальность. Проблема остеопороза и ожирения является одной из актуальных в сфере здравоохранения на сегодняшний день. Интерес к изучению связи холестерина и его фракций в сыворотке крови с костной массой вызвали знания об общем происхождении остеобластов и

адипоцитов из мезенхимальных стволовых клеток. Научные исследования последних лет свидетельствуют о том, что дислипопротеидемия и низкая минеральная плотность кости (МПК) – не единственные, но основные факторы риска развития остеопороза, частота которых значительно возрастает после наступления менопаузы [1].

Результаты авторов многих исследований убедительно свидетельствуют о том, что участвующие в развитии гиперлипидемии окисленные холестерины липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) потенциально могут стимулировать вызываемую остеокластами резорбцию костной ткани и развитие остеопороза, а связь липопротеидов с МПК на генетическом уровне и влияние холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) на участие окисленных ЛПНП в костном обмене, возможно, позволит использовать липопротеиды как маркеры риска развития остеопороза [2].

Цель исследования: изучение влияния липопротеидов на костную массу женщин в постменопаузальном периоде на фоне ожирения.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 165 женщин в постменопаузальном периоде длительностью более 2 лет. Возраст пациенток составил 40-70 лет . Женщины были разделены на две группы: в 1-ю группу (основную) вошли 87 женщин с абдоминальным типом ожирения (индекс массы тела (ИМТ)= 36,6±3,3 кг/м^2; объем талии (ОТ) =91,0±12,5 см; объем бедер (ОБ) 106,5±9,5 см), во 2-ю группу (контрольную) вошли 78 здоровых женщин в постменопаузе (ИМТ= 24,2±2,2 кг/м^2; ОТ =72,0±4,5 см; ОБ – 98,0±3,5см). Определение общего холестерина (ОХ), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов (ТГ) проводили ферментными наборами на автоанализаторе Konelab -20.

МПК определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии с помощью аппарата LunarProdigy в поясничном отделе позвоночника (L_1 – L_4), шейке бедренной кости (Neck), проксимальном отделе бедра. Диагностика остеопороза осуществлялась согласно критериям Всемирной Организации Здравоохранения (1994) по Т-критерию, т.е. в стандартных отклонениях (SD) от нормативных показателей пиковой костной массы здоровых женщин. Величина SD до 1 расценивалась как норма, от 1 до 2,5 SD – как остеопения, ниже 2,5 SD – как остеопороз.

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ MicrosoftExcel-98, при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований. Для определения характера связи между изучаемыми параметрами применялся корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции r и последующим установлением его значимости по критерию t Стьюдента, а также использовались коэффициенты линейной корреляции Пирсона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучив показатели МПК по сегментам скелета в 1-ой группе (основной) пациенток с абдоминальным типом ожирения и во 2-й группе (контрольной) здоровых женщин, были получены следующие данные: 1 группа Totalbody (-1,07±0,05), L_1-L_4 (-1,3±0,08), Neck (-1,81±0,06); 2 группа Totalbody (1,03±0,2), L_1-L_4 (0,8±0,1), Neck (1,1±0,1).

Исследовав показатели липидного профиля по группам,выявили, что все атерогенные фракции липопротеидов (ЛПОНП, ЛПНП) достоверно выше у женщин с ожирением (1-ая группа), по сравнению с группой контроля (2-я группа), в то время как антиатерогенные липопротеиды высокой плотности достоверно выше у женщин без ожирения (2-я группа).

При оценке связи показателей липидного профиля с костной массой установлено, что ОХ обратно, а ТГ прямо пропорционально коррелировали с МПК в проксимальном отделе бедра, тогда как уровень ЛПВП показал достоверную отрицательную связь с МПК не только в проксимальном отделе бедра, но и в поясничном отделе позвоночника, что уже было отмечено в ранее проведенных исследованиях в этой области [3]. Все атерогенные фракции липидного обмена (ТГ, ЛПОНП) и КА прямо пропорционально коррелировали с показателями избыточной массы тела (ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ), тогда как ЛПВП обнаружили отрицательную корреляцию с ними, что вполне закономерно и уже было неоднократно подтверждено в ранее проведенных исследованиях [4].

Таким образом, была обнаружена слабая отрицательная связь МПК проксимального отдела бедра с ОХ и положительная связь с ТГ, тогда как между ЛПВП и МПК во всех измеренных отделах скелета была обнаружена парадоксальная отрицательная связь, которая в регрессионном анализе сохранилась только с МПК шейки бедра.

Интересно, что по данным целого ряда исследований установлено, что окисленные ЛПНП

индуцируют экспрессию клетками сосудистого эндотелия моноцитарного хемотаксического фактора и макрофагального колониестимулирующего фактора [5], которые в свою очередь являются индукторами дифференцировки остеокластов. Таким образом, окисленные ЛПНП потенциально могут стимулировать опосредованную остеокластами резорбцию костной ткани и развитие остеопороза. ЛПВП, ингибируя процесс окисления ЛПНП, вероятно должны уменьшать резорбцию костной ткани, однако этот механизм на сегодняшний день, как и влияние окисленных липидов на остеокласты, остается не уточненным.

Выводы.Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что атерогенные изменения в липидном профиле могут являться одним из факторов риска формирования остеопенического синдрома в постменопаузе на фоне ожирения. Результаты данного исследования позволяют предположить, что нарушения липидного обмена являются одними из звеньев патогенеза ОП. Наряду с этим необходимо отметить и тот факт, что многочисленные противоречивые литературные данные о взаимосвязи этих патологических процессов, доказывают,что исследование проблемы ОП и ожирения у женщин в постменопаузе является важной задачей современной медицины и требует более углубленного изучения.

Литература.

1. Jeong I.K., Cho S.W., Kim S.W., Choi H.J., Park K.S., Kim S.Y., Lee H.K., Cho S.H., Oh B.H., Shin C.S.Lipid profiles and bone mineral density inpre- and postmenopausal women in Korea. Calcif Tissue Int 2010; 87: 6:507—512.

2. Jeon Y.K., Lee J.G., Kim S.S., Kim B.H., Kim S.J., Kim Y.K., Kim I.J. Association between bone mineral density and metabolic syndrome in pre and postmenopausal women. Endocr J 2011; 58: 2: 87—93.

3. Kawai M., Rosen C.J. Bone: Adiposity and bone accrual—still an established paradigm? Nature Reviews Endocrinology 2010; 6: 63-4.

4. Peter I., Crosier M.D., Yoshida M. et al. Associations of APOE gene polymorphisms with bone mineral density and fracture risk: a meta-analysis. Osteoporos Int. 2010; 22:1199-209.

5. Singh M, Singh P., Singh S. et al. A susceptible haplotype within APOE gene influences BMD and intensifies the osteoporosis risk in postmenopausal women of Northwest India. Maturitas. 2010; 67:239-44.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Т.С. Магомедова - ординатор,
М.А.Идрисова, Серажудинова Д.А., Т.А. Кулиева - аспиранты
Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,г. Махачкала
Научный руководитель д.м.н., профессор А.Э.Эседова

Актуальность. Наиболее сложной проблемой климактерического синдрома является его развитие на фоне нарушений жирового и углеводного обмена [1].

Еще в 1997 г. в специальном пресс-релизе ВОЗ рекомендовала рассматривать ожирение в качестве одной из наиболее часто игнорируемых проблем современного здравоохранения, по негативным последствиям для здоровья населения сопоставимых с курением. В XXI в. проблема ожирения не только не теряет своей актуальности, но и приобретает характер неинфекционной эпидемии во всем мире [2].

Менопауза и ранняя постменопауза с пиком в 50-59 лет – время для дополнительных прибавок массы тела: ежегодная средняя прибавка веса в этот период составляет не менее 0,5 кг. Местом преимущественного отложения жира становятся не бедра (гинекоидный вариант), а живот. Среди причин увеличения веса рассматривают снижение физической активности, повышение аппетита за счет снижения концентрации анорексигенных пептидов, меняющиеся вкусовые предпочтения, гипофункцию щитовидной железы, инсулинорезистентность, снижение скорости метаболических процессов, генетические факторы и сохранение (повышение) биосинтеза кортизола [3].

Прибавка веса после менопаузы отмечается более, чем у половины женщин старшей возрастной группы. Увеличение массы тела в климактерии приводит к формированию менопаузального метаболического синдрома (ММС), основными проявлениями которого являются абдоминальное ожирение, дислипидемия и нарушения углеводного обмена. Наступление менопаузы обостряет и психологические нарушения, имеющиеся при ожирении, сексуальные проблемы, снижает и без того низкую самооценку, нивелируя качество жизни [3].

Цель исследования: изучить особенности течения климактерического синдрома у женщин с ожирением в постменопаузе.

Материал и методы исследования. В исследование включено 165 женщин в состоянии физиологической постменопаузы. Средний возраст обследованного контингента женщин составил 57,0±0,73 года, длительность постменопаузы не превышала 14 лет (средняя длительность постменопаузы 8,4±1,53 года). Женщины были разделены на две группы: в 1 группу (основную) вошли 87 женщин с абдоминальным ожирением, во 2 группу (контрольную) – 78 женщин без данной патологии. Обследование включало: клинический осмотр, измерение артериального давления (АД), массы тела, роста, окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ). Расчет индекса массы тела (ИМТ) по формуле – вес тела (кг)/рост^2 (м) и соотношение окружности талии и бедер (ОТ/ОБ) в см. Степень выраженности абдоминального ожирения оценивали по ОТ: ≤ 80 см – отсутствие абдоминального ожирения (АО), > 80 см ≤ 88 см – средней степени выраженности АО, > 88 см – выраженное АО. С помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) оценивали тяжесть климактерических расстройств. Выраженность нейровегетативных, обменно-эндокринных и психо-эмоциональных симптомов оценивали – по 4-х балльной системе (от 0 до 3 баллов). Число баллов в каждой группе суммировали – получали ММИ. Значения ММИ до 10 баллов по шкале нейровегетативных симптомов расценивали как отсутствие климактерического синдрома (КС), от 11 до 20 баллов – как КС легкой степени, от 21 до 30 баллов – КС средней степени тяжести, от 31 и более – тяжелый КС.

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью специализированного пакета статистических программ «Статистика 6,0». Различие показателей считали значимыми при $p \leq 0,05$. Достоверность различий независимых переменных оценивалась по статистическому критерию Манна-Уитни для непараметрических данных. Для проведения корреляционного анализа был использован критерий Спирмана (r).

Результаты исследования и обсуждение. При анализе липидного спектра, гликемии, параметров АД было очевидным, что практически «нормальные» показатели определялись в группе физиологической МП без ожирения. У женщин с метаболическим синдромом было более высокое АД, как систолическое, так и диастолическое, гиперхолестеринемия и гипергликемия по отношению к контрольной группе. В 1-ой (основной) группе женщин с абдоминальным типом ожирения значения трансаминаз, билирубина, креатинина были несколько выше нормативных существенно и значимо превышали показатели 2-й (контрольной) группы.

Оценка степени тяжести КС по данным ММИ выявила, что у женщин с ожирением преобладали тяжелая (27,5%) и среднетяжелая (44,5%) степени тяжести КС, тогда как у пациенток контрольной группы такие формы КС встречались в 1,5-2 раза реже (14,2% и 36,2% соответственно). При более глубоком анализе всего симптомокомплекса КС, несмотря на одинаковую длительность постменопаузы, тяжелая и среднетяжелая формы нейровегетативных проявлений в отличие от здоровых женщин в 2 раза чаще встречались у пациенток с ожирением (в 7,8% и 4,5%, 21,5% и 12,3% соответственно). Тяжелые формы психо эмоциональных проявлений наблюдались в 2,8 раза чаще также у женщин с ожирением (23,1%).

Таким образом, степень выраженности КС зависит от ожирения. Полученные нами данные подтверждают мнение многих исследователей о том, что на фоне ожирения КС имеет склонность к затяжному течению с преобладанием тяжелых и среднетяжелых форм.

Такие симптомы, как нервозность, головная боль, снижение работоспособности и памяти, нарушение сна, дерматопатия, с одинаковой частотой встречались в обеих группах. Женщин с ожирением в два раза чаще беспокоили приливы жара, потливость, повышение АД, кардиалгии, урогенитальные расстройства. Естественно, что все описанные факторы в совокупности с тяжелым эмоциональным стрессом влекут за собой снижение либидо.

Выводы. Подводя итог вышеизложенному, можно заключить, что к особенностям клинического течения КС при ожирении относятся раннее начало (44,8 ± 0,17) и затяжное течение

(8,1±1,5 года); превалирование тяжелых и среднетяжелых форм КС над легкими; преобладанием в клинической картине нейровегетативных (в 2 раза) и психо эмоциональных (в 2,8 раза) расстройств, с большей степенью выраженности обменно-эндокринных и трофических нарушений. Можно предположить, что ожирение является фактором риска развития тяжелых форм КС. Таким образом, клинический анализ состояния здоровья женщин с ожирением в постменопаузе показал широкую распространенность метаболических нарушений у них. Формированию КС у данной категории женщин в условиях гормонального дефицита, характерного для данного возраста, предшествует нарушение процессов метаболической адаптации, существование которой на фоне ранее приобретенных хронических заболеваний, наследственных и социальных факторов, усугубляет течение КС и требует дальнейшего изучения ММС и возможностей коррекции данной патологии.

Литература

1. Руководство по климактерию: Руководство для врачей Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. М.: Медицинское информационное агентство. 2001.685.

2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. М., 2006.456с.

3. Кузьмина-Крутецкая С.Р., Репина М.А. Метаболический синдром у женщин: Методические рекомендации. 2011. Стр. 41-52.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПУЛЬПОСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА

Д.А. Останина - студентка 4 курса стоматологического факультета
Кафедра кариесологии и эндодонтии ФГБОУ ВО МГМСУ
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва
Научный руководитель - д.м.н., проф. А.В. Митронин

Актуальность. Лечение заболеваний пульпы с целью сохранения её жизнеспособности до настоящего времени является актуальной проблемой. В настоящее время для сохранения пульпы используются препараты гидроокиси кальция и материалы минералтриоксидагрегата (МТА). Оценка эффективности применения данных препаратов в лечении начального пульпита представляет научно-практический интерес и целесообразна для изучения.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения начального пульпита с применением гидроксида кальция и препаратов МТА отечественного и зарубежного производства.

Задачи. 1. Изучить мотивацию врачей-стоматологов к применению пульпосохраняющих технологий методом медико-социального опроса. 2. Провести сравнительный анализ физико-химических свойств отечественных и зарубежных препаратов МТА. 3. Сравнить эффективность применения различных пульпосохраняющих технологий при лечении начального пульпита.

Материал и методы исследования. Проведён социологический опрос 192 практикующих врачей из разных регионов России об использовании пульпосохраняющих методов лечения с помощью сервиса Google Forms. В лабораторное исследование были включены 3 материала отечественного производства (Триоксидент, Канал МТА, Рутдент) и 3 зарубежных аналога (ProRoot MTA, MTA Angelus Grey, MTA Angelus White). Физико-химические свойства материалов изучали с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ), световой микроскопии и рентгенографии. Проведена pH-метрия, определено время твердения материалов. По результатам анализа был выбран препарат, обладающий наилучшими свойствами. В клиническом исследовании участвовали 22 пациента в возрасте от 11 до 35 лет с диагнозом начальный пульпит. Лечение осуществляли по традиционной методике, распределив участников на две группы. В первой группе пациентов при лечении начального пульпита в качестве лечебной прокладки использовали материал Триоксидент. Во второй группе пациентов использовали пасту на основе гидроокиси кальция. Мониторинг результатов лечения проводился через 7 дней, 1 месяц, 6 месяцев. Данные исследований обработаны статистически (SPSS).

Результаты исследования. Из анкетирования практикующих врачей выявлено, что 65,1% опрошенных применяют биологический метод лечения заболеваний пульпы. Анализ СЭМ показал, что протестированные препараты МТА состоят из портландцемента, за исключением препаратов Канал МТА и Рутдент. В состав материала Триоксидент включено соединение гидроокиси меди-кальция, которое повышает его бактериостатические свойства. По данным световой микроскопии выявлена наибольшая пористость поверхности у материала ProRoot MTA. Методом pH-метрии было доказано, что материал Триоксидент имеет самый высокий показатель pH, равный 12,8. Материалы MTA Angelus White и Триоксидент имели наименьшее время твердения. Рентгенопроницаемость препарата MTA Angelus White снижена за счет отсутствия в составе соединения оксида висмута. По результатам лабораторного анализа выбран материал Триоксидент для дальнейшего использования в клиническом исследовании. При лечении пациентов первой группы в 90% случаев отмечен успешный результат. Показатели ЭОД улучшились и через 30 дней с 20 мкА снизились до 5 – 8 мкА. Во второй группе пациентов успешный результат составил 63%. В ближайшие сроки после лечения зубов с применением препарата на основе гидроксида кальция осложнений не выявлено. Через 6 месяцев у четырех пациентов развилась воспалительная реакция. ЭОД снизилось до 70,0 мкА, что послужило основанием для эндодонтического лечения зубов. Процент осложнений за весь период лечения составил 37%.

Выводы. Социологический опрос показал, что 56,1% практикующих врачей находят пульпосохраняющие методики эффективными. Лечение начального пульпита с применением препарата Триоксидент были успешными в 90% случаев спустя 6 месяцев наблюдения. Применение препаратов на основе гидроокиси кальция при лечении начального пульпита через 6 месяцев было успешным только в 63% случаев.

Abstract. The topic of the research is “Evaluation of vital-pulp therapy effectiveness in reversible pulpitis treatment”. The era of vital-pulp therapy has been greatly enhanced with the introduction of various pulp capping materials. The aim of the current study was to assess physical and chemical properties of ProRoot MTA (Dentsply), MTA Angelus White/Grey (Brazil), Trioxident (VladMiVa), Rootdent (Tehnodent), Canal MTA (Omegadent), to choose the best one and to estimate its effectiveness in reversible pulpitis treatment. Two lines of experiments were carried out using MTA cement and materials, based on calcium hydroxide. 22 patients aged from 11 to 35 years with diagnosis of reversible pulpitis participated in the clinical trial. The results confirm the analyzed MTA Material "Trioxident" to be a useful tool for deep caries lesions and reversible pulpitis treatment in 90% cases. But the satisfactory treatment by materials, based on calcium hydroxide, was shown just in 63% cases.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРУЕМОЙ КСЕРОСТОМИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ

А.А. Духовская – студентка 4 курса стоматологического факультета, А.В. Митронин
Кафедра кариесологии и эндодонтии ФГБОУ ВО МГМСУ
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва
Научный руководитель - д.м.н., проф. А.В. Митронин

Актуальность. Врачи-стоматологи при диагностике заболеваний полости рта должны учитывать возможное влияние фармакологических препаратов, назначаемых пациенту по рецепту врача. Необходимо проводить тщательное изучение истории болезни пациента, выяснить анамнез сопутствующего заболевания, количество употребляемых лекарственных средств самостоятельно или по рецепту врача, изучить информацию о побочных действиях лекарственных средств, их антагонизм или синергизм. Можно высказать предположение, что практически все препараты вызывают побочные эффекты, которые, в том числе, связаны с нарушением функции слюнных желез и несостоятельностью буферной системы ротовой полости. Подобные сдвиги в гомеостазе ротовой полости могут сопровождаться локальными изменениями тканевого метаболизма и, как следствие, вызвать развитие в полости рта изменений неясного генеза. Гипосаливация сопровождается увеличением риска развития кариеса корня, множественного кариеса, появлением дефектов эмали некариозного происхождения. Выяснение характера слюноотделения при приёме ряда лекарственных средств позволит клиницистам выбрать тактику лечения с учетом фармакологической терапии местного и общего заболевания.

Цель исследования: изучить изменения скорости секреции и pH слюны у пациентов, длительно находящихся на фармакологическом лечении препаратами различного спектра действия.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 пациентов обоего пола в возрасте от 20 до 90 лет (mean 54,5±2,14 лет). Сбор смешанной слюны проводили путём сплевывания без стимуляции в стерильную градуированную пробирку в течение 5 минут. В образцах слюны измеряли скорость слюноотделения (мл/мин) и pH слюны прибором «Hanna». Все полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Согласно данным анамнеза, из 60 опрошенных пациентов у 47 (78,3%) человек имелась сопутствующая патология других органов и систем, из которых 16 (26,7%) человек указали на наличие двух и более патологий. Поэтому эти пациенты по назначению врача принимают лекарственные препараты различного спектра действия. Из 41 опрошенного пациента, 41,7% человек принимают гипотензивные препараты, 11,7% - НПВС, 11,7% - антацидные препараты (подавляющие секрецию HCl в желудке), 8,3% - гипогликемические, 8,3% -

гормональные, 6,7% - противоаритмические, а остальные 11,7% отводятся на долю антикоагулянтов, слабительных, противосудорожных, ферментных и др. препаратов.

Исследование образцов слюны показало, что скорость саливации (Vsal) у обследованных пациентов колебалась от 0,04 до 1,0 мл/мин, что составляет почти 25-кратное перекрытие. И, несмотря на такой диапазон скорости слюноотделения, в целом не отмечено индивидуальных субъективных жалоб и объективных признаков дисфункции слюнных желез. Скорость слюноотделения у пациентов, которые отрицают прием препаратов, достигает в среднем 0,44±0,21 мл/мин, а pH слюны 6,55±0,39. Достоверное снижение секреции слюнных желез (в 1,5-2 раза) было выявлено у пациентов, длительно принимающих НПВС, блокаторы β1-адренорецепторов и гипогликемические препараты. В группе пациентов, которым назначен прием блокаторов кальциевых каналов и гипогликемических препаратов, pH слюны сдвигалась в сторону кислых значений (6,38-6,39).

Выводы. Прием гипогликемических препаратов на фоне сахарного диабета вызывает наибольшие сдвиги как со стороны слюнных желёз, так и буферных систем смешанной слюны.

ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА XP-ENDO FINISHER ПРИ УДАЛЕНИИ СМАЗАННОГО СЛОЯ

М. А Корчагина - студентка 4 курса стоматологического факультета
Кафедра кариесологии и эндодонтии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва
Научный руководитель - д.м.н., проф. А.В. Митронин

Актуальность работы. Образование смазанного слоя при препарировании корневых каналов зубов – одна из неизбежных ятрогений. Смазанный слой содержит продукты тканевого распада, остатки витальной или некротизированной пульпы, бактерии, частицы дентина, следы ирригационных растворов, а также служит субстратом для патогенной микрофлоры корневого канала (*J. Funct,* 2015). Закупоривая дентинные трубочки, он препятствует качественной дезинфекции системы дентинных коллатералей и ее герметичному пломбированию из-за нарушения проникновения силлера в дентинные канальца, что приводит к сниженной адгезии (Митронин А.В., Герасимова М.М., 2012; Веткова К.В., Борисенко М.А., Чекина А.В., 2016). Хелатное соединение ЭДТА эффективно растворяет смазанный слой, но его применение в сочетании с гипохлоритом натрия вызывает ультраструктурные и молекулярные изменения коллагенов и гликозаминов дентина, способствуя его эрозии и уменьшению прочности. (M.H.Wagner, R.A. da Rosa, J.A.de Figueiredo, M. A. Húngaro, 2016; M.Hulsmann, 2006). Поскольку существующие методики удаления смазанного слоя имеют различные побочные эффекты, поиск такой, которая была бы наиболее рациональна для врача и максимально безопасна для пациента не теряет своей актуальности. В этой связи особый интерес представляет современный эндодонтический инструмент XP-endo Finisher, который предназначен для минимально инвазивной механической очистки стенок корневого канала от смазанного слоя в сочетании с ирригационным раствором. Однако его эффективность изучена недостаточно.

Цель исследования: изучение in vitro эффективности удаления смазанного слоя универсальным инструментом XP-endo Finisher при эндодонтическом лечении.

Задачи исследования: провести сравнительную оценку традиционного хемомеханического препарирования с включением в протокол инструмента XP-endo Finisher.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования 40 свежеудаленных, без признаков апикальной резорбции и не леченных ранее эндодонтически, однокорневых премоляров были выделены в две равновеликие группы – «А» и «В». Корневые каналы зубов из обеих групп были препарированы по методике crown down вращающимися NiTi инструментами ProFile. Механическая обработка корневых каналов сочеталась с их орошением 2% раствором NaOCl. В обеих группах согласно традиционному протоколу использовался ЭДТА 17%. В группе «В» для удаления смазанного слоя дополнительно использовался Xp-endo Finisher.

Для оценки in vitro разницы в результатах качества удаления смазанного слоя был проведен распил зубов. Для чистоты эксперимента полученные образцы были закодированы (коды

внесены в регистрационные таблицы в строгом соответствии с групповой принадлежностью) и переданы в лабораторию для проведения анализа без идентификации соответствующей группе. С помощью электронного микроскопа была проведена оценка количества смазанного слоя в трех частях канала - коронковой, средней и апикальной - на основании критериев Hulsmann. Полученные данные статистически обработаны с использованием программы StatBase.

Результаты исследования: В группе «А» и «В» значительных статистических различий между наличием смазанного слоя в коронковой части канала обнаружено не было ($p<0,0575$). В средней трети канала образцов группы «А» наблюдалось большее количество смазанного слоя по сравнению с апикальной частью образцов той же группы. В апикальной части образцов группы «В» смазанный слой практически отсутствовал. Средние значения количества смазанного слоя в образцах группы «В» (1,23) были ниже средних значений количества смазанного слоя в образцах группы «А» (1,35; $p<0,0575$).

Выводы:

1. Новый универсальный эндодонтический инструмент Xp-endo finisher эффективен в удалении смазанного слоя в каждом из трех сегментов корневого канала.
2. Эффективность хемо-механической очистки от смазанного слоя апикальной части корневого канала при работе инструмента Xp-endo finisher выше, чем только при традиционной методике.
3. Благодаря физическим свойствам металла, из которого изготовлен новый инструмент Xp-endo finisher, удаление смазанного слоя становится возможным при работе им даже в анатомически сложных (в том числе с внутриканальной резорбцией) корневых каналах.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Г.И. Алекберова - аспирант,
Г.Ф. Ямалетдинова - канд. биол. наук, преподаватель
Кафедра биологической химии ФГБОУ ВО МГМСУ
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва
Научный руководитель - д.м.н., проф. Т.П. Вавилова

Актуальность В настоящее время растет количество некариозных поражений твердых тканей зубов. Считается, что одной из причин эрозий и клиновидных дефектов твердых тканей зубов является соматическая патология. Показано, что у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наряду с кариозными поражениями зубов имеются некариозные поражения.

Цель исследования: изучение распространенности различных форм некариозных поражений зубов у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования: обследовано 50 пациентов в возрасте от 22 до 89 лет с заболеваниями ЖКТ, из них женщин - 42 (84%), мужчин - 8 (16%). Диагноз ставился на основании клинического обследования, данных гастроскопии и колоноскопии. Контрольную группу составили 10 человек с санированной полостью рта, не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Всем пациентам было проведено обследование по традиционной схеме, включающей основные клинические методы: опрос, осмотр, а также анкетирование. Вопросы анкеты содержали информацию о частоте и методике чистки зубов, выборе зубных щеток и паст, особенностях питания, частоте употребления газированных («Фанта», «Кока-кола», «Квас»), фруктовых соков, наличии сопутствующих заболеваний, месте проживания. Стоматологический статус оценивали с помощью стандартного набора инструментов при искусственном освещении. Выявляли количество и глубину (мм) некариозных поражений зубов, повышенную чувствительность. Оценка чувствительности твердых тканей зубов складывалась по степени выраженности чувствительности с использованием пробы Шиффа и результатов анкетирования. Кроме того, для оценки распространенности повышенной чувствительности зубов использовался индекс распространённости гиперестезии (ИРГЗ) по методике И.Г. Шторина (1986).

Результаты исследования: По результатам проведенного анкетирования было установлено,

что 85% пациентов, имеющих клиновидные дефекты, чистят зубы 2 раза в день с использованием мягкой зубной щетки, а 15% опрошенных предпочитают щетку с жестким ворсом. При этом, больше половины обследованных (67%) применяют горизонтальную технику чистки зубов. Считается, что развитие поражений эмали зубов связано с употреблением кислых напитков. На вопрос - «какие соки вы предпочитаете?» подавляющее большинство опрошенных (60%) указали на апельсиновый сок, 30% предпочитают яблочный сок. Из газированных напитков 36% обследованных употребляют кока-колу, 16% фанту, лимонад предпочитают 18%. В то же время 30% опрошенных не употребляют газированные напитки. Осмотр тканей полости рта выявил у 63% больных с заболеваниями желудка некариозные поражения зубов, с преобладанием клиновидных дефектов (35%), у 16% диагностирована патологическая стираемость, эрозия и эндемический флюороз определялся у 6%, у ранее проживающих в эндемической зоне и приехавших в Москву. В то же время патологическая стираемость не зависела от вида патологии желудочно-кишечного тракта, но встречалась у пациентов старше 50 лет в сочетании с клиновидными дефектами. В результате гендерного исследования пациентов мы определили, что чаще некариозные поражения зубов встречались у пациентов женского пола: из общего числа пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта 44 (88%) составили женщины, 6 человек (12%) - мужчины. Клиновидные дефекты развивались на фоне поверхностного гастрита (7,6%), у пациентов с атрофическим гастритом (28,2%), с рефлюкс-гастритом (18%), с эрозией желудка (10,3%), а также с воспалительными заболеваниями кишечника - с катаральным проктосигмоидитом (2,6%), с полипами в кишечнике и с катаральным колитом (5,13%). Установлено, что у 8 (16%) обследованных пациентов диагностирована гиперчувствительность зубов различной степени тяжести. Из них у 6 (75%) страдающих патологической стираемостью зубов и воспалительными заболеваниями пародонта средней и тяжелой степени тяжести установлена генерализованная форма гиперестезии (ИРГЗ=46%±4,5), у 2(25%) обследованных ИРГЗ оказался менее 25% и составил 15 %±2,03. Локализированная форма гиперестезии сопутствовала клиновидным дефектам третьей степени и эрозии эмали зубов. Женщины имели повышенную чувствительность эмали и дентина в 3 раза чаще мужчин. Наиболее часто встречались зубы с III степенью гиперестезии (62,5%) у больных, что соответствовало трем баллам по шкале Шиффа, несколько реже-со II (37,5%) степенью тяжести (2 балла по шкале Шиффа).

Выводы:

Таким образом, у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта установлена высокая распространенность некариозных поражений зубов, возникающая на фоне атрофического гастрита, проявляющаяся в виде клиновидных дефектов и гиперестезии.

СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КАППОВЫХ АППАРАТОВ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ДЕТЕЙ

С.В. Дмитриенко, Д.С. Дмитриенко, В.В. Шкарин

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, г. Пятигорск

Введение:

Протезирование дефектов зубов и зубных рядов у детей проводится с лечебно-профилактической целью и, по мнению специалистов, при этом не только восстанавливается функция жевания, но и сохраняется место для прорезывания постоянных зубов [3,4,8].

Дефекты зубных рядов у детей в периоде сменного прикуса обусловлены, как правило, преждевременным удалением молочных зубов [2,3,4].

Распространенность данной патологии довольно высока и в настоящее время не имеет тенденции к снижению [3].

Предложены классификации дефектов зубных рядов у детей, в которых отражена степень формирования корней зубов, ограничивающих дефекты [2].

Для протетического лечения детей с дефектами зубных рядов предложены различные виды протетических конструкций [2,4,10].

Наибольшее распространение получили съёмные протезы с кламмерной системой фиксации [3]. Показаны особенности клинико-лабораторных этапов изготовления и расположения

кламмерных линий либо плоскостей [2,3]. Отмечено, что протезы, выполненные из акриловых пластмасс, нередко вызывают токсико-аллергические реакции, в частности у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [3].

Не исключена возможность применения несъёмных протезов, в том числе металлокерамических [4]. Однако трудоемкость их выполнения и необходимость одонтопрепарирования (даже щадящими методами) ограничивает их применение в клинике стоматологии детского возраста.

При протезировании дефектов зубных рядов необходимо не только учитывать закономерности роста челюстных костей, но и гнатические особенности лица и зубных дуг [1,5,7]. Планируя протетические мероприятия рекомендуют ориентироваться на форму зубной дуги, построенной по методу Хаулея или с учетом гнатических форм [6,7].

Все выше изложенное предопределило цель настоящего исследования.

Цель исследования:

Разработка метода изготовления капповых протезов-аппаратов для замещения дефекта зубных рядов у детей в период сменного прикуса.

Материалы и методы исследования:

Под наблюдением находилось 12 детей в возрасте от 5 до 10 лет с дефектами зубных рядов в жевательном сегменте. Дефекты были обусловлены преждевременным удалением молочных моляров.

Результаты исследования:

В результате исследования был разработан способ изготовления капповых аппаратов для протезирования дефекта зубного ряда. У детей получали оттиски с обеих челюстей и отливали гипсовые модели. Определяли высоту прикуса и положение зубов в центральной окклюзии. Модели фиксировали в окклюдаторе или артикуляторе.

Предложено два способа изготовления каппового аппарата. При первом способе после постановки и диагноза снимались оттиски с обеих челюстей и модели фиксировались в окклюдаторе. Выбирались и подгонялись по модели искусственные зубы для замещения дефекта под контролем антагонистов. Изготавливался силиконовый «ключ» в области дефекта зубного ряда, вместе с установленным искусственным зубом. Модель, на которой планировалось изготовление каппового протеза-аппарата, покрывалась тонкой изоляционной пленкой «Изофалан» в аппарате Биостар или Министар. Далее с помощью фотокомпозиционного материала устанавливался искусственный зуб под контролем силиконового ключа. Из термопластической пластинки толщиной 0,75 – 1,0 мм штамповалась каппа в аппарате Биостар или Министар.

При втором способе дефект зубного ряда заполняли гипсом и моделировали жевательную поверхность под контролем антагонистов. Затем модель отделялась от окклюдатора и помещалась в аппарат Биостар. Разогретой пластинкой «Изофалан» штамповали изоляционный слой, покрывающий всю гипсовую модель. После обрезания излишков материала модель устанавливали в чашу аппарата, заполненную мелкой металлической дробью до уровня границ протетической конструкции. Разогревали пластинку «Дуран» толщиной 0,75 мм в соответствии с рекомендациями производителей и штамповали каппу. Обрезали каппу по границам и обрабатывали по общепринятым методам. Место дефекта заполняли быстротвердеющей пластмассой до половины высоты коронки так, чтобы между десной и искусственным зубом было шаблонное пространство.

Обработка осуществлялась в соответствии с рекомендациями разработчиков материала. Готовая каппа примерялась в полости рта, и давались рекомендации по уходу за протетической конструкцией и сроках диспансерного наблюдения.

Выводы:

Предложенная конструкция позволяла сохранять место в зубном ряду, восстанавливала эффективность жевания и не сдерживала рост альвеолярного отростка (альвеолярной части) в вертикальном направлении.

Литература:

1. Гончаров Н.И., Сперанский Л.С., Краюшкин А.И., Дмитриенко С.В. Руководство по препарированию и изготовлению анатомических препаратов. М., Новгород: Медицинская книга, 2002. 192 с

2. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Миликевич В.Ю., Лободина Л.А. Классификация дефектов зубных рядов у детей и методы ортопедического лечения // Стоматология. 1994. –№ 4. С. 61.

3. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Сорокоумова Г.В. Поражаемость молочных зубов кариесом и нуждаемость в профилактическом протезировании дошкольников с функциональным расстройством желудка // Стоматология. 1999. № 3. С. 37.

4. Дмитриенко С.В., Климова Н.Н., Филимонова Е.В., Дмитриенко Д.С. Применение эстетических протетических конструкций в клинике стоматологии детского возраста //Ортодонтия. 2007. № 4 (69). С. 25-28.

5. Дмитриенко С.В., Филимонова Е.В., Чижикова Т.С., Н.Н. Климова. Способ оценки размеров зубов по индивидуальным параметрам лица //Патент на изобретение № 2402265 по заявке № 2009109899 от 18 марта 2009

6. Дмитриенко С.В., Дмитриенко Д.С., Климова Н.Н., Бавлакова В.В., Севастьянов А.В. К вопросу о построении дуги Хаулея //Ортодонтия. 2011. № 2 (54). С. 11-13.

7. Доменюк Д.А., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Орфанова Ж.С. Сопоставительный анализ морфометрических параметров зубочелюстных дуг при различных вариантах их формы.// Кубанский научный медицинский вестник, 2015. № 2 (151). С. 59-65.

8. Проффит, У.Р. Современная ортодонтия; пер. с англ. / У.Р. Профит; под ред. Л.С. Персина. М. : МедПресс-инфором, 2008. 560с.

9. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Vedeshina E.G. Shape individualization in lower dental arches drawn on basic morphometric features.// Archiv EuroMedica, 2015. Т. 5. № 1. С. 11.

10. Domenyuk D.A., Vedeshina E.G., Dmitrienko S.V. Efficiency evaluation for integrated approach to choice of orthodontic and prosthetic treatments in patients with reduced gnathic region // Archiv EuroMedica. 2015. Т. 5. № 2. С. 6-12.

ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ КАПП ПРИ ПОДВИЖНОСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ

С.В. Дмитриенко, В.В. Шкарин, А.В. Кокарева, Д.С. Дмитриенко

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Пятигорск

Актуальность:

Заболевания тканей пародонта, известные с древних времен, широко распространены и в настоящее время [5]. Заболевания тканей пародонта нередко являются причиной потери зубов в различные возрастные периоды [1,3]. Установлено, что бактерии пародонтального кармана образуют экологическую нишу, существующую за счет метаболических и структурных взаимодействий микробов. Доказана роль микроорганизмов и в рецидивировании воспалительных заболеваний пародонта [7].

Подвижность зубов способствует нарушению окклюзионных взаимоотношений, является этиологическим фактором аномалий окклюзии [3]. За счет подвижности зубов и смещения их в вестибулярно-язычном направлении нарушается форма зубных дуг и высоты гнатической части лица [10]. В свою очередь новые патологические окклюзионные взаимоотношения усугубляют подвижность зубов, формируя «замкнутый» круг патологии [3,5]. В то же время в работах большинства специалистов отмечена благоприятная роль ортодонтического и протетического лечения в нормализации формы зубных дуг, обеспечении оптимальной окклюзии и повышении устойчивости зубов [2,5,6].

Особенно выражены изменения в переднем отделе зубной дуги и при патологическом имеются отклонении от индивидуальных нормальных параметров формы зубных дуг [4,9]. Состояние передних зубов нередко определяет качество жизни пациентов [8].

После ортодонтического лечения устанавливаются несъёмные ретейнеры из проволоки или съёмные капповые аппараты. Все предложенные конструкции имеют свои положительные и отрицательные свойства, достаточно подробно проанализированные в специальной литературе [3,5]. Все выше изложенное предопределило цель настоящего исследования.

Цель исследования: Разработка метода лечения пациентов с подвижностью нижних резцов и метода изготовления ретенционных металлических капп.

Материалы и методы исследования:

Под наблюдением находилось 14 пациентов в возрасте от 55 до 65 лет с подвижностью передних нижних резцов 3 степени, обусловленной заболеваниями тканей пародонта.

Пациентам проводилась прицельная рентгенограмма переднего отдела зубной дуги нижней

челюсти, ортопантомография с последующим анализом по общепринятым в стоматологии методикам. Оценивалась особенность костной ткани альвеолярной части нижней челюсти, степень резорбции альвеолярной кости, состояние тканей пародонта.

При клиническом обследовании определяли подвижность зубов в различных направлениях, глубину зубодесневых карманов, состояние слизистой оболочки полости рта, состояние твердых тканей зубов, высоту клинической и анатомической шейки.

Консервативное лечение проводилось в соответствии с протоколом ведения больных с заболеваниями тканей пародонта.

Результаты исследования:

Были разработаны способ лечения пациентов с подвижностью нижних резцов и методика изготовления ретенционных металлических капп для шинирования нижних резцов при патологической подвижности.

После санации полости рта на зубы нижней челюсти устанавливались брекеты, подбирались металлические дуги с учетом выраженности патологии (краудинга или спейсинга передних зубов). Смена дуг, пружин, резиновых колец и других активных элементов осуществлялась с учетом общепринятых требований к лечению пациентов техникой эджуайс.

После нормализации формы зубной дуги и достижения оптимальных окклюзионных взаимоотношений устанавливалась полноразмерная дуга из нержавеющей стали, что позволяло достичь минимльной подвижности зубов.

У пациентов получали оттиски с язычной поверхности передних зубов нижней челюсти, которые планировались к шинированию (как правило, от клыка до клыка), и отливали гипсовые модели из супергипса.

На гипсовой модели очерчивалась граница каппового ретейнера, которая проходила на 1-2 мм выше анатомической шейки и не доходила до режущего края на 2-3 мм, в зависимости от высоты анатомической коронки зубов. Модель покрывалась изоляционным лаком и производлось моделирование восковой репродукции каппы, тощиной 0,3 – 0,5 мм. В области межзубных промежутков в средней части каппы делались отверстия для лигатурной проволоки.

Восковая конструкция отливалась из нержавеющей стали по общепринятой методике. После обработки, шлифовки и полировки конструкция примерялась на гипсовой модели, после чего была готова для клинических этапов.

В клинике примерялась готовая металлическая каппа на язычной поверхности резцов. При этом на вестибулярной поверхности сохранялась эджуайс-техника.

Нами рекомендовано, не снимая брекетов, проводить шинирование зубов путем подвязывания металлической каппы лигатурной проволокой, используемой в ортодонтии. После того, как шина была установлена, проводился дебондинг несъёмной дуговой аппаратуры.

При необходимости осуществлялась коррекция окклюзионных взаимоотношений, пришлифовывание проксимальных поверхностей и острых краёв зубов.

За пациентами осуществлялось диспансерное наблюдение, при котором оценивалась клиническая картина и контролировалась степень прилегания конструкции. По данным рентгенограмм оценивалось состояние тканей пародонта, которое свидетельствовало о стабилизации процессов резорбции, а в некоторых случаях и восстановление костной ткани.

Выводы:

Предложенный способ лечения и методика изготовлении конструкция ретенционных металлических капп для шинирования нижних резцов при патологической подвижности обеспечивал нормализацию окклюзионных взаимоотношений, устранял патологическую подвижность зубов, способствовал улучшению состояния тканей пародонта.

Литература:

1. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Сорокоумова Г.В. Поражаемость молочных зубов кариесом и нуждаемость в профилактическом протезировании дошкольников с функциональным расстройством желудка // Стоматология. 1999. № 3. С. 37

2. Дмитриенко С.В., Климова Н.Н., Филимонова Е.В., Дмитриенко Д.С. Применение эстетических протетических конструкций в клинике стоматологии детского возраста //Ортодонтия. 2007. № 4 (69). С. 25-28.

3. Дмитриенко С.В., Воробьев А.А., Краюшкин А.И. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики: Учебное пособие. – Санкт-Петербург: Элби-СПб, 2009. 144 с.

4. Дмитриенко С.В., Филимонова Е.В., Дмитриенко Д.С., Чижикова Т.С. К вопросу определения индивидуальных размеров постоянных зубов человека // Ортодонтия. 2009. № 2 (46). С. 20-23

5. 2Дмитриенко С.В., Чижикова Т.С., Соломатина Е.С. и др. Оптимизация методов диспансеризации студентов с патологией твердых тканей зубов и заболеваниями пародонта //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2012. № 1. С. 73-75.

6. Доменюк Д.А., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Арутюнян Ю.С. Современный подход к ведению истории болезни в клинике ортодонтии. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. 136 с.

7. Крамарь В.С., Дмитриенко С.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. Микроэкология полости рта и её роль в развитии стоматологических заболеваний. Волгоград, 2010. –250 с

8. Седова Н.Н., Дмитриенко С.В. Ваш бизнес – стоматология (нормативная регуляция в стоматологии). – Москва: Медицинская книга, Издательство НГМА, 2001. 114 с.

9. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Vedeshina E.G. Shape individualization in lower dental arches drawn on basic morphometric features.// Archiv EuroMedica, 2015. Т. 5. № 1. С. 11.

10. Domenyuk D.A., Vedeshina E.G., Dmitrienko S.V. Efficiency evaluation for integrated approach to choice of orthodontic and prosthetic treatments in patients with reduced gnathic region // Archiv EuroMedica. 2015. Т. 5. № 2. С. 6-12.

ПАТОЛОГИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГУБ

Т.С. Чижикова, Т.В. Чижикова, В.В. Тимирчева

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, г. Пятигорск

Актуальность:

Воспалительные заболевания губ или хейлиты, по мнению специалистов, подразделяются на две большие группы, включающие в себя собственно хейлиты и симптоматические хейлиты. К основным этиологическим факторам заболеваний губ относят нейрогенные механизмы (эксфолиативный хейлит), аномалии слюнных желез (гландулярный хейлит), аллергические реакции (контактный аллергический и актинический хейлиты), неблагоприятные метеорологические условия (метеорологический хейлит). В большинстве случаев специалисты указывают на малоизученность этиологических факторов [8].

В то же время установлено, что у людей с аномалиями окклюзии нередко отмечаются вредные привычки в виде «закусывания» или облизывания губ, которые сохраняются в течение длительного возрастного периода [7].

Аномалии окклюзионных взаимоотношений довольно разнообразны и встречаются в различные возрастные периоды [2,4]. При этом отмечается изменение основных параметров зубных дуг, особенно в переднем отделе, появляется расстояние между антагонистами в сагиттальном направлении, что предопределяет условия для вредных привычек [9,10].

Кроме того, при аномалиях окклюзии меняется торк и ангуляция передних зубов, что нередко сопровождается протрузионным или ретрузионным положением зубов. Указанные изменения приводят к тому, что губы могут не смыкаться, либо наоборот, западать и способствовать появлению «заед» [5,6]. Кроме того, заеды нередко встречаются у людей с уменьшением высоты гнатической части лица, обусловленной преждевременным удалением молочных, либо раннем удалении постоянных зубов [3].

Протрузионное или ретрузионное положение зубов наблюдается и у людей с физиологической окклюзией и определяется типом гнатической части лица, либо особенностями формы зубных дуг и краниофациального комплекса [1,10]. При этом отмечено, что типы лица коррелируют с размерами зубов и зубных дуг [5].

Наличие патологических изменений на губах нередко изменяет биоценоз полости рта и осложняет течение воспалительных заболеваний [6]. Все выше изложенное предопределило цель настоящего исследования.

Цель исследования:

Определение влияния патологической окклюзии на заболевания губ у людей первого периода зрелого возраста и оценка эффективности их комплексного лечения.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 62 пациента в возрасте от 20 до 35 лет с заболеваниями губ. Диагноз устанавливался на основании клинической картины патологии, анамнестических данных, клинических и лабораторных методов исследования. Оценивалось состояние красной каймы губ, обращалось внимание на углы рта, наличие чешуек, корок, пузырьков и эрозий на губах, состояние слюнных желез в области красной каймы нижней губы и переходной складки. Следует отметить, что у пациентов с заболеваниями губ нередко отмечалась комбинация признаков патологии и одновременно основной диагноз сочетался с другим. Нередко механическая травма подвергалась воздействию микроорганизмов, что приводило к изменению клиники патологии губ.

Лечение пациентов с заболеваниями губ осуществлялось в соответствии с протоколом и выполнялось по общепринятым в стоматологии методикам.

Наличие аномалий окклюзии предусматривало необходимость ортодонтического лечения. Оценивалось состояние окклюзионных взаимоотношений, с учетом основных ключей окклюзии и особенностей челюстно-лицевой области. В соответствии с гнатическим и дентальным индексом определялась форма зубных дуг для выбора методов ортодонтического лечения.

Учитывая специфику заболевания и тот факт, что несъёмная брекет-система и металлические дуги могут быть дополнительным раздражающим фактором для губ, нами рекомендованы трейнеры из силикона или термопластических эластических масс в зависимости от клинической картины аномальной окклюзии.

Результаты исследования:

У большинства пациентов с аномалиями окклюзии в переднем отделе зубной дуги определялся метеорологический хейлит, который диагностировали у 40 пациентов. При этом красная кайма губ была поражена на всем протяжении. Чаще поражение было на нижней губе. Губы были сухими, покрытыми мелкими чешуйками. Сухость губ способствовала формированию вредных привычек, таких как облизывание губ и прокладывание их между зубами. Такая ситуация усугубляла имеющуюся патологию окклюзионных взаимоотношения, способствовало увеличению протрузионного или ретрузионного положения резцов. Следует отметить, что у 27 пациентов с метеорологическим хейлитом отмечался долихогнатический тип зубных дуг с высокими значениями торка передних верхних зубов. У 18 пациентов отмечалась дистальная окклюзия с наличием сагиттальной щели между передними зубами. У 5 человек была вертикальная резцовая дизокклюзия и определялся инфантильный тип глотания, при котором отмечалось частое соприкосновение языка с красной каймой губ. Таким образом, определялся замкнутый круг, при котором наличие аномалии способствовало заболеваниям губ, а вредные привычки при заболеваниях губ усугубляли патологию окклюзии.

Эксфолиативный хейлит был выявлен у 15 человек, при этом отмечалось нарушение только красной каймы губ. В равной мере встречались как эксфолиативная, так и сухая формы. При этом чешуйки покрывали губы по всей их поверхности. Иногда поражение губы отмечалось в средней трети губ. У пациентов не было четкой взаимосвязи с патологией окклюзии, которая имела разнообразную клинику и нередко локализовалась в боковых отделах зубной дуги. Большинство пациентов было со стертой сухой формой эксфолиативного хейлита и особых жалоб не предъявляло. Дифдиагностику проводили с метеорологи-

ческим хейлитом с учетом анамнестических данных.

Хроническая трещина губы была выявлена у 7 человек. При этом определялась одиночная и не глубокая трещина поперек губы (чаще в среднем отделе) с болевым синдрмом. У всех пациентов, так же как при метеорологическом хейлите, отмечалась патология окклюзионных взаимоотношений в переднем отделе зубных дуг.

В результате исследования было установлено, что терапевтическое лечение оказывало эффект и практически нормализует состояние губ.

Использование трейнеров, подобранных по размеру зубных дуг, с учетом их гнатических и дентальных форм, позволило снизить рецидив основной патологии.

Так, у пациентов с метеорологическим хейлитом до лечения отмечался рецидив заболевания каждые 10 месяцев. После лечения он был выявлен у 18 пациентов из 40 человек и был обусловлен несоблюдением рекомендаций врача и нерегулярным использованием ретенционного аппарата.

У пациентов с эксфолиативными формами хейлитов ремиссия диагностировалась у 10 лиц, что объяснялось проведенным комплексным лечением с применением современных методов (фотосан и др.).

Хроническая трещина нижней губы встречалась у 7 пациентов, лишь у 3 из них наступило заживление после проведенного комплексного лечения. Остальные 4 человека находятся на диспансерном наблюдении, им проводятся профилактические мероприятия.

Выводы:

В результате исследования установлено, что аномалии окклюзии способствуют заболеваниям губ. Наиболее часто встречался метеорологический хейлит и хроническая трещина губы. В свою очередь заболевания губ приводили к вредным привычкам (закусывание и облизывание губ) и формированию «замкнутого» круга патологии. Комплексное лечение пациентов с использованием ортодонтических трейнеров способствовало нормализации окклюзии и уменьшению рецидивов заболеваний губ.

Литература:

1. Горелик Е.В., Дмитриенко С.В., Измайлова Т.И., Краюшкин А.И. Особенности краниофациального комплекса в различные возрастные периоды //Морфология. 2006. № 4. С. 39.

2. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Миликевич В.Ю., Лободина Л.А. Классификация дефектов зубных рядов у детей и методы ортопедического лечения // Стоматология, 1994. № 4. С. 61 - 63.

3. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Сорокоумова Г.В. Поражаемость молочных зубов кариесом и нуждаемость в профилактическом протезировании дошкольников с функциональным расстройством желудка // Стоматология. 1999. № 3. С. 37.

4. Дмитриенко С.В., Воробьев А.А., Краюшкин А.И. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики. Учебное пособие. – Санкт-Петербург: Элби-СПб, 2009. 144 с.

5. Дмитриенко С.В., Филимонова Е.В., Дмитриенко Д.С., Чижикова Т.С. К вопросу определения индивидуальных размеров постоянных зубов человека // Ортодонтия. 2009. № 2 (46). С. 20-23.

6. Крамарь В.С., Дмитриенко С.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. Микроэкология полости рта и её роль в развитии стоматологических заболеваний. – Волгоград, 2010. – 250 с.

7. Чижикова Т.С., Дмитриенко С.В., Климова Н.Н., Дмитриенко Д.С. Основные задачи врача ортодонта при диспансеризации студентов //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 6. – С. 108.

8. Чижикова Т.С., Дмитриенко С.В., Климова Н.Н. Распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ у студентов г. Волгограда //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 6. С. 108-109.

9. Domenyuk D.A., Vedeshina E.G.,Dmitrienko S.V. Efficiency evaluation for integrated approach to choice of orthodontic and prosthetic treatments in patients with reduced gnathic region // Archiv EuroMedica. 2015. Т. 5. № 2. С. 6-12.

10. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Vedeshina E.G. Shape individualization in lower dental arches drawn on basic morphometric features.// Archiv EuroMedica, 2015. Т. 5. № 1. С. 11.

ВЛИЯНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Т.С. Чижикова, Т.В. Чижикова, В.В. Тимирчева

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, г. Пятигорск

Актуальность:

Слизистая оболочка полости рта нередко подвергается воздействию механических, физических и химических раздражителей. Одним из этиологических факторов заболеваний слизистой оболочки полости рта является механическая травма, которая в зависимости от длительности воздействия подразделяется на острую и хроническую [8].

Заболевания слизистой оболочки не всегда приносят беспокойство пациентом и нередко определяются при диспансерном наблюдении организованных групп населения [4].

По мнению специалистов, причиной хронической травмы слизистой полости рта могут быть острые края зубов, некачественно изготовленные протетические конструкции, неправильно расположенные (как правило, вне зубной дуги) зубы [2,4]. Травматические повреждения слизистой оболочки имеют место и в детском возрасте после преждевременного удаления молочных зубов и протетического лечения [3]. Показаны особенности окклюзионных взаимоотношений у людей с различными типами головы и лица [1]. Отмечены и современные методы исследования данного контингента [5].

При осмотре полости рта на слизистой оболочке могут отмечаться катаральные изменения в виде отёка и гиперемии, нарушенная целостность в виде эрозий и язв, ороговение слизистой оболочки при лейкоплакии [8].

Воздействие микроорганизмов в области пораженных участков накладывает отпечаток на клиническую картину заболеваний слизистой оболочки полости рта [7].

Заслуживают внимания наблюдения исследователей, показывающих, что при патологической окклюзии, в частности при прикусывании слизистой оболочки, у пациентов с травматической окклюзией определяются симптомы мягкой лейкоплакии [2,8,9].

При аномалиях окклюзии происходит прикусывание внешне неизменённой слизистой оболочки и повреждаются поверхностные слои эпителия и, как следствие, появляются мелкие эрозии с последующим реактивным воспалением [8].

Аномалии окклюзионных взаимоотношений отличаются разнообразием клинической картины [4]. Появляются новые сведения о гнатических и дентальных вариантах формы зубных дуг [6,10]. При этом практически отсутствуют сведения о заболеваниях слизистой оболочки полости рта у людей с различными аномалиями с учетом особенностей гнатических форм зубочелюстных дуг.

Все выше изложенное предопределило цель настоящего исследования

Цель Исследования:

Определение влияния патологической окклюзии на заболевания слизистой оболочки полости рта и языка у людей первого периода зрелого возраста.

Материалы и методы исследования:

Под наблюдением находилось 44 пациента в возрасте от 20 до 35 лет с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Диагноз устанавливался на основании клинической картины патологии, анамнестических данных, клинических и лабораторных методов исследования. Оценивался подслизистый слой, отек, гиперемия, нарушение целостности слизистой оболочки.

Лечение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки осуществлялось в соответствии с протоколом и выполнялось по общепринятым в стоматологии методикам [6].

Наличие аномалий окклюзии предусматривало необходимость ортодонтического лечения. Учитывая специфику заболевания и тот факт, что несъёмная брекет-система и металлические дуги могут быть дополнительным раздражающим фактором для слизистой оболочки и наносить дополнительную травму, нами рекомендованы трейнеры из силикона или термопластических эластических масс в зависимости от клинической картины аномальной окклюзии. При необходимости использовались капповые аппараты из термопластических пластинок.

Результаты исследования:

Механическая травма, как острая, так и хроническая, определялась у 22 пациентов, с аномалиями окклюзии, чему способствовали не только окклюзионные нарушения, но и острые края зубов. При этом отмечалось как наличие, так и отсутствие подслизистого слоя. При осмотре отмечались явления катарального воспаления, такие как отек или гиперемия. У пациентов с глубоким травмирующим прикусом (глубокая резцовая дизокклюзия) нередко отмечались декубитальные язвы в области соприкосновения слизистой с зубами противоположной челюсти.

Травматические язвы встречались на деснах, языке и губах, реже на дне полости рта и в ретромолярной области. На языке травматические повреждения при аномалиях окклюзии локализовались на боковой поверхности. Зачастую травматические язвы были одиночными и локализовались в области расположения травмирующего агента. Слизистая оболочка вокруг язвы нередко была отечной, гиперемированной и даже болезненной. Нами отмечено, что у пациентов с аномалиями окклюзии, находящихся на ортодонтическом лечении, травматические повреждения слизистой оболочки были расположены в местах соприкосновения с элементами несъёмной аппаратуры. В подобных случаях нами было рекомендовано использование трейнеров для брекетов в комплексном лечении.

Простая форма лейкоплакии была выявлена у 8 человек. Чаще паталогический процесс был локализован в области щек по линии смыкания жевательных зубов. Очаги лейкоплакии были бело-серого цвета или имели вид тонкой пленки. Нередко цвет был различной интенсивности, что определялось выраженностью ороговения. При патологии окклюзии и острых краях (не стершихся зубов) встречались очаги покраснения слизистой с незначительной отечностью. У большинства пациентов отмечалось уменьшение высоты гнатической части лица и её горизонтальный тип роста.

Веррукозная форма лейкоплакии была выявлена у 2 пациентов, в анамнезе которых ранее определялась плоская лейкоплакия. Процесс ороговения слизистой оболочки был более выражен, чем у пациентов с плоской лейкоплакией. Молочно - белые бляшки характеризовали бляшечную форму лейкоплакии. Данные пациенты находились на ортодонтическом лечении, и в полости рта у них находились съёмные ортодонтические аппараты механического действия с кламмерной системой фиксации (кламмера Адамса на первых молярах), в центре очага наблюдалась зона воспаления. Дальнейшее ортодонтическое лечение проводилось капповыми аппаратами, исключающими травму слизистой оболочки полости рта.

Красный плоский лишай был выявлен у 5 человек, а хронический, рецидивирующий афтозный стоматит встречался у 7 пациентов.

В результате исследования было установлено, что терапевтическое лечение оказывало эффект и практически нормализовало состояние слизистой оболочки полости рта.

Использование трейнеров, подобранных по размеру зубных дуг, с учетом их гнатических и дентальных форм, позволило снизить рецидив основной патологии.

Так, у пациентов с простой формой лейкоплакии до лечения исчезновения очага гиперкератоза не наблюдалось. После проведенного лечения рецидив был выявлен у 2 пациентов из 8 человек и был обусловлен несоблюдением рекомендаций врача и нерегулярным использованием ретенционного аппарата.

У пациентов с диагнозом красный плоский лишай после устранения хронической, механической травмы произошла полная эпителизация патологических элементов без последующих рецидивов.

После устранения хронической, механической травмы произошла полная эпителизация слизистой оболочки полости рта у 7 обследованных. В дальнейшем они были направлены на консультации к гастроэнтерологу, аллергологу и другим специалистам и взяты на диспансерный учет.

Выводы:

Таким образом, аномалии окклюзионных взаимоотношений оказывают влияние на различные проявления заболеваний слизистой оболочки полости рта. Наиболее выраженное влияние патологической окклюзии в боковых отделах зубных дуг были у пациентов с простой формой лейкоплакии. У людей с глубоким травмирующим прикусом (глубокая резцовая дизокклюзия) встречались декубитальные язвы в области соприкосновения слизистой с зубами противоположной челюсти. Причиной веррукозной формы лейкоплакии были съёмные ортодонтические аппараты с кламмерной системой фиксации.

Литература:

1. Горелик Е.В., Дмитриенко С.В., Измайлова Т.И., Краюшкин А.И. Особенности краниофациального комплекса в различные возрастные периоды //Морфология. – 2006. № 4. С. 39.
2. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Миликевич В.Ю., Лободина Л.А. Классификация дефектов зубных рядов у детей и методы ортопедического лечения // Стоматология, 1994. № 4. С. 61 – 63.
3. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Сорокоумова Г.В. Поражаемость молочных зубов кариесом и нуждаемость в профилактическом протезировании дошкольников с функциональным расстройством желудка // Стоматология. 1999. № 3. С. 37
4. Дмитриенко С.В., Воробьев А.А., Краюшкин А.И. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики. Учебное пособие. – Санкт-Петербург: Элби-СПб, 2009. 144 с.
5. Дмитриенко С.В., Филимонова Е.В., Дмитриенко Д.С., Чижикова Т.С. К вопросу определения индивидуальных размеров постоянных зубов человека // Ортодонтия. – 2009. – № 2 (46). – С. 20-23.
6. Доменюк, Д.А. и др. Оценка корреляционной зависимости линейных параметров мезогнатических зубных дуг от размеров постоянных зубов. // Институт стоматологии. – 2015. – № 4 (69). – С. 78-81
7. Крамарь В.С., Дмитриенко С.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. Микроэкология полости рта и её роль в развитии стоматологических заболеваний. – Волгоград, 2010. – 250 с.
8. Чижикова Т.С., Дмитриенко С.В., Климова Н.Н. Распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ у студентов г. Волгограда //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 6. С. 108-109.
9. Domenyuk D.A., Vedeshina E.G.,Dmitrienko S.V. Efficiency evaluation for integrated approach to choice of orthodontic and prosthetic treatments in patients with reduced gnathic region // Archiv EuroMedica. 2015. Т. 5. № 2. С. 6-12.
10. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Vedeshina E.G. Shape individualization in lower dental arches drawn on basic morphometric features.// Archiv EuroMedica, 2015. Т. 5. № 1. С. 11.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИРИНЫ ЗУБНЫХ ДУГ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МЕТОДОВ ПОНА И ЛИНДЕР-ХАРТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ

В.В. Шкарин

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград

Актуальность:

По мнению многих исследователей одонтометрические показатели и их взаимосвязь с морфометрическими параметрами зубных дуг и краниофациального комплекса в целом имеет не только прикладное, но и клиническое значение [1,7]. Исследования проводятся как на гипсовых моделях челюстей, так и на нативных препаратах зубочелюстных сегментов [2,3].

Расчет прогнозируемой ширины зубной дуги при аномалии её формы основан на показателях одонтометрии и индексных величинах, либо соотношении линейных размеров [4,5,6].

До настоящего времени многими ортодонтами для диагностики нарушений размеров зубных дуг используются классические методы Pont и Linder-Harth [8,9]. Для оценки одних и тех же

размеров авторами предложены различные индексные величины, что заставляет задуматься над тем, в каких случаях будет объективен тот или иной метод исследования. Следует отметить, что кроме размеров 4 резцов и индексных величин авторами не показаны особенности зубных дуг, в частности их гнатические и дентальные типы. Вероятно, это не входило в задачи исследования.

Кроме того, большинством специалистов установлено, что резцы верхней челюсти, особенно латеральные, являются вариабельными зубами и показаны различные степени редукции этих зубов [1,9,10].

Приведены данные о необходимости сопоставительного анализа верхних резцов между собой, корреляции их размеров с нижними резцами и даже с размерами краниофациального комплекса.

Особенности формы и размеров зубных дуг при физиологической окклюзии в настоящее время достаточно подробно проанализированы. Предложена современная классификация, включающая 9 типов зубных дуг, и представлены данные об основных размерах [5].

Тем не менее мы не встретили сведений о ширине зубных дуг у людей с физиологическим прикусом в зависимости от гнатического и дентального типа. Не показано, при каких вариантах зубных дуг могут быть использованы классические методы диагностики, а при каких имеются существенные погрешности, либо ошибки.

Цель исследования: сравнительное изучение трансверсальных размеров и индексных показателей различных типов зубных дуг.

Материал и методы исследования:

Проведено биометрическое исследование 356 пар моделей челюстей, выполненных из супергипса. Оттиски были получены у молодых людей обоего пола в возрасте 18-26 лет. У всех исследуемых был физиологический прикус и взаимоотношения зубов соответствовали основным ключам окклюзии.

На гипсовых моделях наносились точки Pont на первых премолярах, которые располагались на середине фиссуры. На первых постоянных молярах точки Pont соответствовали расположению самого глубокого места основной фиссуры, или переднего пересечения фиссуры «Н», в зависисмости от рисунка борозд жевательной поверхности. На нижней челюсти передние точки располагались на дистальной контактной точке первого премоляра (между премолярами), а задние точки были на дистальном вестибулярном бугорке первого постоянного моляра. Указанные размеры коррелировали с суммой ширины коронок 4 верхних резцов, и премолярный индекс по Pont составлял 80, по Linder-Harth 85. Молярный индекс был 64 и 65 соответственно. Расчетные показатели сопоставляли с фактическими величинами.

В соответствии с задачами исследования пациенты были распределены на 9 групп в зависимости от гнатического и дентального типов зубных дуг.

Гнатический тип определяли по величине дентального индекса, который рассчитывали как отношение 7 зубов одной из сторон зубной дуги к ширине между вторыми молярами. Цифровые значения индекса от 0,9 до 0,97 соответствовали мезогнатии. При индексе менее 0,9 зубные дуги относили к брахигнатическому типу. Соответственно, увеличение цифрового диапазона более 0,97 было свойственно долихогнатии.

Размеры зубов определяли дентальный тип зубной дуги. Тип определяли по двум основным параметрам. Во-первых, оценивали модуль моляров (полусумма вестибулярно-лингвальных и передне-задних размеров коронок зубов). Средняя величина модулей первого и второго моляра при нормодонтизме была в пределах 10,6 – 11,0 мм. Уменьшение и увеличение цифровых значений определяло микро- и макродонтный тип зубной системы соответственно. Во-вторых, измеряли длину зубной дуги, как суммы мезиальльно- дистальных диаметров коронок 14 зубов. Для нормодонтизма, как правило, размеры зубов варьировали от 112 до 118 мм.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования было установлено, что оценка трансверсальных размеров зубных дуг по размерам 4 резцов верхней челюсти имела погрешности и ширина зубных дуг отличалась от расчетных показателей.

Результаты сравнительного анализа передней и задней ширины зубных дуг по методу Pont и фактическими величинами у людей с различными типами зубных дуг представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика ширины зубных дуг с расчётными показателями

метода Pont в зависимости от типа зубных дуг.

Типы зубных дуг	Ширина зубных дуг (в мм)			
	методу Pont, между:		фактическая, между:	
	премолярами	молярами	премолярами	молярами
мезогнатическая нормодонтная	38,66±0,48	48,33±0,74	37,14±0,83	48,51±1,18
мезогнатическая макродонтная	42,59±0,71	53,13±0,82	40,89±0,95	52,62±1,34
мезогнатическая микродонтная	36,21±0,66	45,26±0,67	35,31±1,12	45,69±1,06
брахигнатическая нормодонтная	39,41±0,68	49,45±0,75	40,87±0,97	52,77±1,31
брахигнатическая макродонтная	42,82±0,73	53,48±0,63	43,97±1,12	54,66±1,27
брахигнатическая микродонтная	37,48±0,62	46,91±0,88	37,89±0,83	47,02±1,11
долихогнатическая нормодонтная	40,11±0,48	50,12±0,64	36,4±0,89	46,2±0,93
долихогнатическая макродонтная	42,46±0,75	53,56±0,72	36,21±1,21	46,59±0,98
долихогнатическая микродонтная	36,31±0,62	44,91±0,69	34,29±1,19	42,11±1,16

Достоверные отличия расчетных показателей с фактическими величинами были получены и у людей с долихогнатическими типами зубных дуг. Расчетные показатели были достоверно больше, чем фактические. Причем это было убедительно как в области премоляров, так и в области первых моляров. В связи с этим оценивать ширину долихогнатических зубных дуг по методу A. Pont как в диагностических, так и в прогностических целях весьма сомнительно.

При других вариантах зубных дуг разница между показателями была не достоверной.

Результаты сравнительного анализа передней и задней ширины зубных дуг по методу Linder-Harth и фактическими величинами у людей с различными типами зубных дуг представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная характеристика ширины зубных дуг с расчётными показателями метода Linder-Harth в зависимости от типа зубных дуг.

Типы зубных дуг	Ширина зубных дуг (в мм)			
	По Linder-Harth, между:		фактическая, между:	
	премолярами	молярами	премолярами	молярами
мезогнатическая нормодонтная	36,47±0,85	47,69±0,92	37,14±1,16	48,51±1,86
мезогнатическая макродонтная	39,98±0,76	52,23±0,93	40,89±1,24	52,62±2,03
мезогнатическая микродонтная	34,16±0,82	44,32±1,02	35,31±1,35	45,69±1,44
брахигнатическая нормодонтная	37,06±0,75	48,46±0,81	40,87±1,23	52,77±1,17
брахигнатическая макродонтная	40,28±0,67	52,68±0,87	43,97±1,04	54,66±1,09
брахигнатическая микродонтная	35,29±0,78	46,15±1,12	37,89±1,01	47,02±1,22
долихогнатическая нормодонтная	37,67±0,89	49,26±0,94	36,4±1,18	46,2±1,29
долихогнатическая макродонтная	40,21±0,94	52,59±0,86	36,21±1,53	46,59±1,31

долихогнатическая микродонтная	33,92±0,89	44,13±1,08	34,29±1,17	42,11±1,24

Достоверные отличия расчетных показателей с фактическими величинами были получены и у людей с брахигнатическими типами зубных дуг. Расчетные показатели были достоверно меньше, чем фактические. Причем это было убедительно как в области премоляров, так и в области первых моляров. В связи с этим оценивать ширину брахигнатических зубных дуг по методу Linder-Harth как в диагностических, так и в прогностических целях весьма сомнительно.

При мезогнатических вариантах зубных дуг разница между показателями была не достоверной. В то же время при долихогнатии, разница в расчетных и фактических величинах в области моляров была существенной.

Выводы:

Результаты биометрического исследования гипсовых моделейпоказали, что оценка трансверсальных размеров зубных дуг по размерам 4 резцов верхней челюсти имела погрешности и ширина зубных дуг отличалась от расчетных показателей.

Методы исследования широтных параметров с учетом индексных величин Pont и Linder-Harth могут быть использованы при мезогнатических формах зубных дуг, не зависимо от размеров постоянных зубов.

Индексы Pont не целесообразно применять при исследовании долихогнатических зубных дуг, а индексные величины по Linder-Harth не рекомендуется использовать у людей с брахигнатией.

Литература:

1. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Краюшкин А.И., Пожарицкая М.М. Практическое руководство по моделированию зубов. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 240 с.

2. Дмитриенко С.В., Воробьёв А.А., Дмитриенко Д.С. Зубочелюстные сегменты в структуре краниофациального комплекса. М.: Медицинская книга, 2010. 136 с.

3. Дмитриенко С.В., Чижикова Т.С., Климова Н.Н., Филимонова Е.В., Кравченко Е.В. Способ оценки размеров зубов по индивидуальным параметрам лица: Патент на изобретение RUS 2402265 18.03.2009

4. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Основные морфометрические параметры зубных дуг у людей с брахигнатической формой зубной дуги и макро-, микро- и нормодонтными типами зубных систем// Институт стоматологии, 2015. № 3 (68). С.44-48

5. Доменюк Д.А., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Орфанова Ж.С. Сопоставительный анализ морфометрических параметров зубочелюстных дуг при различных вариантах их формы // Кубанский научный медицинский вестник, 2015. № 2 (151). С. 59-65

6. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Налбандян Л.В. Вариабельность одонтометрических параметров у пациентов с физиологической окклюзией постоянных зубов и мезогнатическм типом зубных дуг // Институт стоматологии. 2015. № 3 (68). С. 74-77.

7. Крамарь В.С., Дмитриенко С.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. Микроэкология полости рта и её роль в развитии стоматологических заболеваний. Волгоград, 2010. 250 с.

8. Проффит У.Р. Современная ортодонтия пер. с англ. под ред. Л.С. Персина. М. : Мед-Пресс-информ, 2008. – 560с.

9. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Kochkonyan A.S, Karslieva A.G., Dmitrienko D.S.. Interrelation between sagittal and transversal sizes in form variations of maxillary dental arches //Archiv euromedica, 2014. – Vol. 4. – № 2. – P. 10-13.

10. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Vedeshina E.G. Shape individualization in lower dental arches drawn on basic morphometric features.// Archiv EuroMedica, 2015. Т. 5. № 1. С. 11.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗМЕРОВ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ С ДИАГОНАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ

В.В. Шкарин

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Актуальность:

Вопросам взаимосвязи размеров зубов с линейными параметрами зубных дуг уделено достаточное внимание многих специалистов [2,4,6,10].

Проведение подобного исследования продиктовано необходимостью использования размеров передних зубов для прогнозирования формы переднего отдела зубной дуги при лечении пациентов с аномалиями окклюзии и при протезировании дефектов зубных рядов в переднем отделе [1,8].

Для определения диагональных размеров предложено использовать две взаимозависимые величины: ширину и глубину зубной дуги, в том числе в области постоянных клыков [1]. Однако данные исследования проводились у людей с физиологической окклюзией. При аномалиях формы и размеров зубных дуг нередко изменяется положение передних зубов: тортоаномалии, протрузия и ретрузия медиальных резцов, что затрудняет определение глубины зубной дуги. Кроме того, скученность передних зубов нередко нарушает микроэкологию полости рта [7].В связи с этим целью настоящего исследования было определение взаимосвязи размеров передних зубов (резцов и клыка одной из сторон) с величиной фронтально-клыковой диагонали, которую можно использовать при расчете глубины переднего отдела зубной дуги.

Материал и методы исследования:

Проведено исследование размеров зубных дуг у 147 человек в возрасте 18 – 23 лет с физиологической окклюзией. Измерения зубов проводили с учетом требований одонтометрии, измеряли ширину коронок передних зубов в медиально-дистальном направлении. Для объективности исследования измерения проводили с двух сторон зубной дуги. Определяли суммы ширины коронок 3 передних зубов и сопоставляли полученные размеры с величиной фронтально-клыковой диагонали. Диагональные размеры определяли от точки, расположенной на медиальном углу коронки центрального резца вблизи окклюзионного контура коронки до точки, расположенной на рвущем бугорке клыка.

Измерения проводили с учетом гнатического (мезо-, брахи- и долихогнатического) типа зубной дуги. Гнатический тип зубной дуги определяли по дентальному индексу. При этом использовали относительно стабильные параметры, а именно размеры зубов и ширину зубной дуги между вторыми верхними молярами. Индекс рассчитывался как отношение полусуммы ширины коронок 14 зубов, составляющих зубной ряд к ширине зубной дуги. Величина индекса от 0,9 до 0,97 определяла мезогнатический тип зубной дуги. Уменьшение и увеличение показателей от указанного цифрового диапазона было характерно для брахигнатического и долихогнатического типов, соответственно.

Результаты исследования:

Результаты проведенного исследования показали, что глубина переднего сегмента зубной дуги, ограниченного фронтально-клыковой диагональю? зависит от гнатического типа зубной дуги.

Таким образом, наибольшая глубина сегмента определялась у людей с долихогнатическим зубными дугами, а наименьшая – при брахигнатии.

Результаты одонтометрии и величина клыковой диагонали представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сумма ширины коронок верхних передних зубов у людей с различными типами зубных дуг

Дентальный тип зубной дуги	Ширина коронок 3 зубов (в мм) при типе зубной дуги:		
	мезогнатическом	долихогнатическом	брахигнатическом
нормодонтный	22,19±0,42	22,31±0,51	22,24±0,48
макродонтный	24,85±0,63	25,02±0,59	24,96±0,68
микродонтный	20,46±0,35	20,51±0,47	20,42±0,43

Размеры передних зубов, как правило, определялись дентальным типом зубных дуг. Вполне очевидно, что у людей с макродонтными зубными системами, размеры передних зубов были достоверно больше, чем при других вариантах.

Диагональные размеры переднего отдела зубной дуги представлены в таблице 2.

Таблица 2

Величина клыковой диагонали у людей с различными типами зубных дуг

Дентальный тип зубной дуги	Клыковая диагональ (в мм) при типе зубной дуги:		
	мезогнатическом	долихогнатическом	брахигнатическом
нормодонтный	19,45±0,28	20,22±0,31	18,98±0,22
макродонтный	21,99±0,34	22,78±0,29	21,44±0,33
микродонтный	17,79±0,29	18,41±0,35	17,36±0,27

Величина клыковой диагонали определялась не только размерами зубов, но и гнатическим типом зубных дуг.

Представляет интерес отношение размеров зубов к величине клыковой диагонали у людей с различными типами зубных дуг. Коэффициент отношения диагональных размеров к одонтометрическим показателям мы обозначили как диагонально-дентальный коэффициент переднего отдела зубной дуги.

Проведенные расчеты показали, что при мезогнатических типах зубных дуг у людей с нормодонтизмом коэффициент составлял при нормодонтизме 1,14±0,02, при макродонтизме – 1, 13±0,01, а при микродонтизме – 1,15±0,01.

У людей с брахигнатическими типами зубных дуг при нормодонтизме постоянных зубов диагонально-дентальный коэффициент составлял при нормодонтизме 1,103±0,02, при макродонтизме – 1,098±0,03? а при микродонтизме – 1,114±0,01.

Установлено, что при долихогнатических типах зубных дуг у людей с нормодонтизмом коэффициент составлял 1,17±0,008, при макродонтизме – 1, 164±0,003, а при микродонтизме – 1,18±0,019.

В результате проведенного исследования установлено, что размеры верхних передних зубов в исследуемых группах не имели достоверных различий, что свидетельствовало об однородности групп по данному показателю.

Однако глубина переднего сегмента зубной дуги, ограниченного клыковой диагональю зависит от гнатического типа зубной дуги. Наибольшая глубина сегмента определялась у людей с долихогнатическими зубными дугами, а наименьшая – при брахигнатии. Коэффициент отношения диагональных размеров к одонтометрическим показателям у людей с мезогнатическими типами зубных дуг составлял 1,14±0,01, при долихогнатическом типе – 1,17±0,01, а при брахигнатическом типе была 1,11±0,01.

Выводы:

Результаты проведенного исследования показали, что форма переднего отдела определяется типом зубной дуги. Полученные данные могут быть использованы в клинике стоматологии, для прогнозирования глубины переднего отдела зубной дуги при лечении пациентов с дефектами зубных рядов в переднем отделе и при аномалиях формы зубных дуг.

Литература.

11. Дмитриенко С.В., Дмитриенко Д.С., Климова Н.Н., Бавлакова В.В., Севастьянов А.В. К вопросу о построении дуги Хаулея //Ортодонтия. 2011. – № 2 (54). – С. 11-13.

12. Дмитриенко С.В., Чижикова Т.С., Климова Н.Н., Филимонова Е.В., Кравченко Е.В. Способ оценки размеров зубов по индивидуальным параметрам лица. Патент на изобретение RUS 2402265 18.03.2009

13. Доменюк Д.А., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Орфанова Ж.С. Сопоставительный анализ морфометрических параметров зубочелюстных дуг при различных вариантах их формы // Кубанский научный медицинский вестник, 2015. № 2 (151). С. 59-65.

14. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Гаглоева Ф.Н. Морфометрическая оценка зубочелюстных дуг при физиологической окклюзии постоянных зубов //Институт стоматологии, 2015. № 4 (69). С. 74-78.

15. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Основные морфометрические параметры зубных дуг у людей с брахигнатической формой зубной дуги и макро-, микро- и нормодонтными типами зубных систем// Институт стоматологии, 2015. № 3 (68). С.44-48

16. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Налбандян Л.В. Вариабельность одонтометрических параметров у пациентов с физиологической окклюзией постоянных зубов и мезогнатическм типом зубных дуг // Институт стоматологии. 2015. № 3 (68). С. 74-77.

17. Крамарь В.С., Дмитриенко С.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. Микроэкология полости рта и её роль в развитии стоматологических заболеваний. Волгоград, 2010. 250 с.

18. Проффит У.Р. Современная ортодонтия; пер. с англ. / У.Р. Профит; под ред. Л.С. Персина. М. : МедПресс-инфором, 2008. 560с.

19. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Kochkonyan A.S, Karslieva A.G., Dmitrienko D.S.. Modern classification of dental arches //Archiv euromedica, 2014. Vol. 4. - № 2.- P. 14-16

20. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Vedeshina E.G. Shape individualization in lower dental arches drawn on basic morphometric features.// Archiv EuroMedica, 2015. – T. 5. - № 1. - C. 11.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА И ЛЕЧЕБНЫХ ПРОТОКОЛОВ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ТЕРАПЕВТА (ВСТ) КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО РАБОТЫ

М.А. Нарчаев - ассистент, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Актуальность:

Рациональное использование рабочего времени врача-стоматолога – обширная тема, включающая в себя вопросы эргономики, комплектации рабочего места и оценки качества оказываемой помощи. Оптимизация всех манипуляций врача-стоматолога в течение рабочего дня позволит повысить производительность, а, следовательно, и экономическую эффективность его работы, снизит риск развития профессиональных заболеваний, а также кросс-контаминации пациентов и стоматологической бригады (Садовский В.В., 1999).

Выделяют следующие функции врача-стоматолога на государственном приеме:

- проведение мероприятий по диспансеризации – весь объем диагностических и лечебных процедур для определения пациента в ту или иную группу здоровья и оказание ему специализированной помощи;
- выполнение норматива по условным единицам трудоемкости (УЕТ) – для одной ставки ВСТ 525 УЕТ в неделю;
- подробное и точное ведение учетно-отчетной документации (Акопов В.И, 2008);
- профилактика инфекционных заражений (Бургонский В. Г., 2000).

Каждая из этих функций требует определенного времени и усилий и при отсутствии организованного подхода стоматолог не успеет полноценно их выполнить в течение рабочего дня, что в результате снизит производительность и качество оказываемой помощи. Также, при отсутствии системного подхода, однообразные манипуляции, многократно выполняемые изо дня в день, вызовут перегрузку отдельных органов и систем, что в будущем приведет к хроническим профессиональным заболеваниям и инвалидности специалиста (Азарова Е.А., 2007). Следовательно, необходимо установить причины дезорганизации работы и внедрить наиболее быстрый и простой способ полноценного выполнения обязательных функций.

Отметим факторы, которые повышают производительность труда врача-стоматолога: использование в работе электронной документации, соблюдение стандартов лечения: укомплектованность рабочего места необходимыми инструментами, материалами и оборудованием; отсутствие профессиональных заболеваний у стоматологической бригады, связанных с соблюдением стандартов работы (Садовский В.В., 1999); исправная работа стоматологического оборудования на рабочем месте и коммунальных служб по водо-, электро- и теплоснабжению.

Введение в работу электронной документации, цифровых систем выдачи информации по запросу врача-стоматолога и систем активной поддержки процесса диагностики и лечения, а также введение протоколов лечения значительно снизит влияние на работу некоторых из вышеуказанных факторов (Сонис С.Т., 2002). Однако основные затраты рабочего времени врача-

стоматолога приходятся непосредственно на процессы диагностики и лечения, и вопрос оптимизации этих этапов пока остается нерешенным. Дело в том, что наиболее экономически выгодным способом проведения лечебно-диагностических манипуляций врача-стоматолога является методика работы в 4 руки. При этом, по данным литературы, в манипуляциях, требующих использования большого количества аппаратов, материалов и движений, эта методика является более эффективной (Садовский В.В., 1999).

Что касается штатных нормативов стоматологического терапевтического кабинета, то одна должность медсестры приходится на три должности ВСТ, что не позволяет использовать медсестру в качестве ассистента для внедрения этой методики. Следовательно, актуальным остается вопрос оптимизации работы ВСТ в 2 руки. Нами предлагается способ адаптирования принципов работы в 4 руки к приему ВСТ в государственной стоматологической поликлинике без участия медсестры в качестве ассистента. В доступной литературе мы не нашли аналогов такого подхода, что и побудило нас к проведению настоящего исследования.

Цель исследования: повышение эффективности лечебной работы ВСТ путем использования способа адаптирования принципов работы в 4 руки к приему без участия медсестры в качестве ассистента в государственной стоматологической поликлинике.

Материалы и методы исследования. Предложенный адаптированный метод работы ВСТ без ассистента заключается в оптимизации выполнения лечебно-диагностических процедур и рабочего места стоматолога. Процесс проведения лечебно-диагностических стоматологических процедур состоит их двух многократно сменяющих друг друга циклов: рабочего цикла – непосредственно времени выполнения манипуляции, и подготовительного цикла – промежутка времени на подготовку к следующей манипуляции. Наш подход к повышению эффективности рабочего времени ВСТ заключался в сведении к минимуму количества и продолжительности подготовительных циклов, а также в укорочении рабочих циклов. Предварительная подготовка инструментария и материалов до приема пациента и делегирование этой функции медсестре, должно значительно снизить временные затраты врача-стоматолога.

Что касается рабочих циклов, то для их укорочения наиболее важным являлось сокращение расстояния между операционной зоной и всем необходимым оборудованием. Для начала было определено исходное положение врача-стоматолога, так называемая нейтральная позиция (Шастин Е.Н., 2008, Stanton N., 2005). Нейтральная позиция — наиболее выгодное, с точки зрения механики, положение тела, при котором каждый его сустав находится в оптимальном анатомическом положении. Оптимальность определяется достаточной степенью стабильности, минимальным напряжением и готовностью к движению. Работа ВСТ в такой позиции ведет к уменьшению затрат энергии на 27%, чем при той же работе стоя. Нейтральная позиция ВСТ была определена как положение сидя от 11 до 13 ч по отношению к голове пациента, поясница прижата к спинке стула, спина прямая, голова слегка опущена. Плечи расслаблены, руки согнуты в локтях. Углы в локтевом, тазобедренном, коленном и голеностопном суставах составляли 90º. Для обеспечения этой позиции по возможности использовались стоматологические бинокуляры, коаксиальный свет и стул с подлокотниками. Из положения нейтральной позиции в зону видимости врача-стоматолога без поворота головы попадали: операционная зона, рукав установки с наконечниками справа, стоматологический столик с материалами согласно протоколу слева, дополнительный лоток установки над наконечниками справа, либо над грудью пациента. Следуя принципу сокращения расстояний, все указанные элементы были максимально пододвинуты к рукам ВСТ. Все остальное оснащение кабинета было выведено за пределы потенциально инфицированной зоны, границы которой определялись окружностью с радиусом 1,5 м и центром в операционной зоне. Такая перепланировка вкупе с вышеуказанным изменением подготовительных циклов во время работы исключила перенос материалов и оборудования через границу потенциально инфицированной зоны, что свело риск кросс-контаминации операционной зоны, стоматологической бригады, оборудования и материалов к нулю за счет изоляции чистых и потенциально инфицированных поверхностей (Weinger M.B., 2011).

Позиция пациента: спинка кресла была опущена горизонтально, при этом голова пациента находилась чуть выше уровня его колен и на одном уровне с локтевым суставом врача-стоматолога, с возможным поворотом головы в сторону, либо легким ее откидыванием.

Далее во время приема выделяли 5 классов движений врача-стоматолога: 1) пальцы, 2)

кисти рук, 3) движения в локтевых суставах, 4) движения в плечевых суставах, 5) движения туловища. Работа в нейтральной позиции позволила свести к минимуму движения четвертого и исключить движения пятого классов.

Для определения эффективности адаптированной методики лечения в 2 руки была проведена серия экспериментов. Вначале было подсчитано количество рабочих циклов для следующих лечебных манипуляций: лечение среднего кариеса (I класс по Блэку); лечение среднего кариеса (II класс по Блэку); лечение хронического фиброзного пульпита (одноканальные зубы, 1 посещение); реставрация бокового зуба с установкой стекловолоконного штифта; лечение хронического гранулематозного периодонтита (одноканальные зубы, 1 посещение); распломбировка каналов и лечение хронического гранулематозного периодонтита (одноканальные зубы); распломбировка каналов и лечение хронического гранулематозного периодонтита моляра, леченного резорцин-формалиновым методом; снятие зубных отложений при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени; снятие зубного налета и обучение пациента чистке зубов при хроническом катаральном гингивите. Затем для определения значимости различий в показателях временных затрат на прием было отобрано по 96 процедур проведения вышеуказанных манипуляций, которые были разбиты на 3 группы по 32 в каждой в зависимости от использованной методики приема: традиционное лечение без ассистента (контрольная группа), работа в 4 руки (группа сравнения), предложенная авторами адаптированная методика лечения в 2 руки (основная группа). Сравнивались отдельно менее и более трудоемкие лечебные процедуры. Протоколы проведения представленных процедур были идентичными в каждой из групп. Измерение временных интервалов лечения проводилось на терапевтическом приеме кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ и стоматологической поликлиники «ИСТОК» (главный врач Исмаилов Н.Р.) г. Каспийска. Во время приема засекалось время выполнения лечебно-диагностической процедуры от момента начала приема пациента до его подъема из стоматологического кресла. Временные интервалы приемов пациентов фиксировались вручную и с помощью компьютерной программы «iDent».

Статистическую обработку полученных цифровых данных проводили с помощью статистического пакета программы Microsoft Excel 2013, методом дисперсионного анализа. Различия оценивали как достоверные при уровне значимости $\alpha = 0{,}01$.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные по количеству рабочих циклов в каждой из исследованных лечебных процедур представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество рабочих циклов (абс. ч.) в исследованных лечебных процедурах

Лечебная процедура	Количество рабочих циклов
Снятие зубного налета и обучение пациента чистке зубов при хроническом катаральном гингивите	2
Снятие зубных отложений при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени	5
Средний кариес (I класс по Блэку)	28
Средний кариес (II класс по Блэку)	40
Реставрация бокового зуба с установкой стекловолоконного штифта	49
Хронический гранулематозный периодонтит (одноканальные зубы, 1 посещение)	71
Распломбировка каналов и лечение хронического гранулематозного периодонтита (одноканальные зубы)	81
Распломбировка каналов и лечение хронического гранулематозного периодонтита моляра, леченного резорцин-формалиновым методом	101
Хронический фиброзный пульпит (одноканальные зубы, 1 посещение)	105

Данные измерения временных затрат на проведение процедур с наименьшим количеством рабочих циклов представлены на рисунке 1.

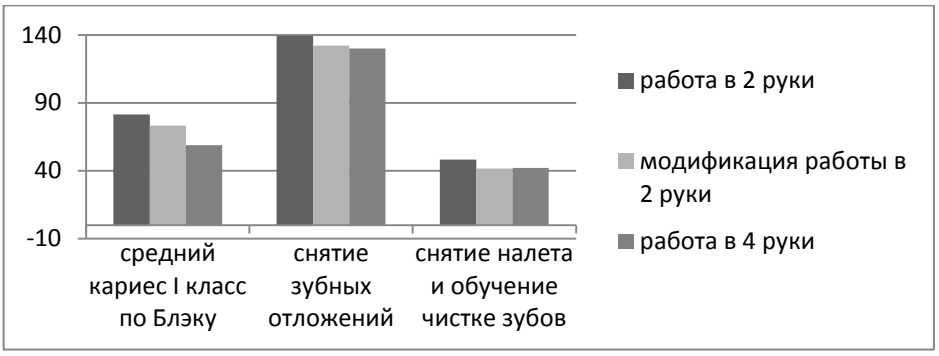


Рис. 1. Сравнительные данные измерения временных затрат (мин) на проведение процедур с наименьшим количеством рабочих циклов

Как видно из рисунка 1, отсутствовало значительное сокращение времени приема в лечебных процедурах с малым количеством рабочих циклов при приеме как по методике работы в 4 руки, так и по адаптированной авторами методике. Здесь прослеживалось сокращение времени приема до 27,8% при работе в 4 руки и до 10,2% при работе по адаптированной методике в 2 руки.

Данные измерения временных затрат на проведение процедур с наибольшим количеством рабочих циклов представлены на рисунке 2.

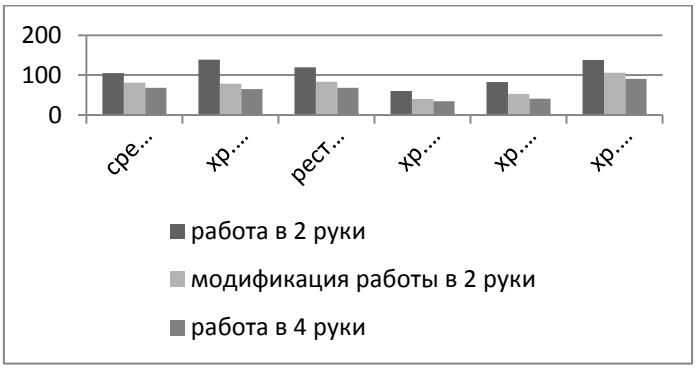


Рис. 2. Сравнительные данные измерения временных затрат (мин) на проведение процедур с наибольшим количеством рабочих циклов

Из рисунка 2 усматривается сокращение времени приема по указанным процедурам до 53% при работе в 4 руки и до 43,6% при работе по адаптированной методике в 2 руки. Различия по временным затратам на прием пациента врачами-стоматологами терапевтами в зависимости от методики приема не являлись случайными с вероятностью более 99%.

Было подсчитано сокращение времени работы при проведении вышеуказанных лечебных процедур между основной и контрольной группами. Это ускорение работы имело сильную прямую корреляцию с количеством рабочих циклов в данных лечебных процедурах ($r = 0,87$). Следовательно, в манипуляциях, требующих использования большого количества аппаратов, материалов и движений, сокращение времени приема прослеживалось более отчетливо: в 1,8 раза быстрее по нашей методике, нежели в контрольной группе (традиционная методика приема пациента).

Таким образом, нами установлено преимущество разработанной методики приема в 2 руки для государственного приема ВСТ без участия ассистента, с наибольшей экономической эффективностью в лечебных процедурах, протоколы которых содержат множество рабочих циклов. Полученные результаты позволяют рекомендовать предложенную методику для широкого внедрения в стоматологическую практику.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

С.А. Османова – ассистент, Меджидов М.Н.
Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г Махачкала
Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Актуальность. Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) представляет серьезную проблему современной стоматологии ввиду неуклонного роста заболеваемости, которая, по данным ряда авторов, достигает от 20 до 65% (Булкина Н.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О., 2011; Letsinger J.A., McCarty M.A., Jorizzo J.L., 2005; Chanopadhyay A., Chatterjee S., 2007; Toche P.P., Salinas L.J., Guzm6n M.A., 2007).

Заболевание протекает волнообразно и характеризуется рецидивами эрозивно-язвенных процессов. В связи с выраженным болевым синдромом происходит расстройство актов жевания и разговора, нарушаются полноценное питание, профессиональная и социальная деятельность и в конечном итоге резко снижается качество жизни пациентов.

При тяжёлой форме заболевание становится более агрессивным и часто принимает перманентный характер.

Несмотря на неоднократные исследования, которые посвящались изучению РАС, проблема всё ещё не решена, так как существует множество экзогенных и эндогенных факторов появления и развития данного заболевания.

Цель исследования: оценить особенности и структуру заболеваемости РАС взрослого населения Республики Дагестан в связи с влиянием природно-антропогенных факторов риска в сельской местности.

Материал и методы исследования. Исследование основано на данных обследования больных РАС, поступивших в Республиканскую стоматологическую поликлинику МЗ РД. В разработку вошли 121 человек, обратившихся за стоматологической помощью в 2010—2012 гг. Средний возраст которых составил (M ± m) 44,1 ± 0,97 года. Из них мужчин было 52,4%, женщин —47,6%. Из 121 больного 53 человека (43,8%) — жители городов и 68 человек (56,2%) — жители сельской местности**.**

Средний возраст обследованных городских жителей составил 45,0 ± 1,24 года. В структуре обследованных мужчины составили 46,8%, женщины — 53,2%.

Сельскую местность с учетом природно-климатических условий разделили на экологические зоны (ЭЗ): равнинную, предгорную и горную.

Из обследованных жителей сельской местности 50% были жителями равнинной ЭЗ, 33,8% — предгорной и 16,2% — горной ЭЗ.

Средний возраст обследованных больных из сельской местности составил 42,6 ± 1,54 года. По равнинной ЭЗ — 42,0 ± 3,02; по предгорной — 43,7 ± 2,67; по горной — 42,6 ± 2,30 года. Различие по возрасту между больными ЭЗ статистически не значимо ($p > 0,05$).

Среди обследованных жителей сельской местности мужчины составили 61,7%, женщины — 38,3%. По равнинной ЭЗ мужчины составили 66,7%, женщины — 33,3%, по предгорной ЭЗ — 56,5% и 43,48%, по горной ЭЗ — 61,7% и 38,3% соответственно. Различие распределения обследованных по полу между ЭЗ по критерию χ^2 так же статистически не значимо ($p = 0,747$).

Обследованные больные различались по национальному составу, что объясняется наличием моноэтнических административных районов в сельской местности РД и различным этническим составом населения равнинной, предгорной и горной ЭЗ.

Среди больных городских жителей преобладали аварский (31,0%) и лакский (19,4%) этносы. Среди больных из сельской местности по равнинной ЭЗ преобладали лезгинский (35,7%) и кумыкский этносы (21.4%), по предгорной — даргинский (40,9%) и аварский (27,3%), по горной ЭЗ — аварский (60,0%) и даргинский (35,0%) этносы.

Вычисляли частоту заболевания РАС у обследованных больных по городам и экологическим зонам сельской местности РД. Различие между показателями оценивали по критерию Стьюдента, также с предварительным преобразованием их по Фишеру и учетом поправки Бонферрони при множественных сравнениях.

Результаты исследования и их обсуждение. В таблице приведены данные о структуре РАС у взрослого населения РД.

Из таблицы видно, что первое место по частоте клинических форм РАС занимает его лёгкая форма — 91,7%. Средний возраст больных легкой формой РАС составил 37,8 ± 1,15 лет; мужчин было 58,6%, женщин 41,4%. При этом легкая форма РАС среди больных из сельской

местности встречалась в 1,3 раза чаше (p = 0.056), чем среди больных, проживающих в городах: 55,9% против 44,1 %.

Таблица

Структура РАС у обследованных больных жителей городов и экологических зон сельской местности РД (абс. и в %)

Степень тяжести РАС	РД		Города		Сельская местность		Равнинная ЭЗ		Предгорн. ЭЗ		Горная ЭЗ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая	111	91,7	49	92,4	62	91,2	30	88,2	10	90,9	22	95,7
Тяжёлая (афты Сеттона)	10	8,3	4	7,6	6	8,8	4	11,8	**1**	9, 1	1	4,3
Всего обследованных	121	100,0	53	100,0	68	100,0	34	100,0	11	100,0	23	100,0

Легкая форма РАС по равнинной ЭЗ встречалась примерно у половины обследованных в сельской местности больных — 48,4%, и более чем у трети больных этой территории по горной ЭЗ — 35,9%. По предгорной ЭЗ сельской местности частота легкой формы РАС находилась на уровне 16,1%. Различия между показателями по ЭЗ сельской местности с учетом поправки Бонферрони статистически не значимы (p > 0,05).

Афты Сеттона — тяжелая форма РАС — были отмечены у 8,3% больных. Средний возраст их составил 36,8 ± 3,91 года; мужчин было 66,7%, женщин 33,3%. У больных из сельской местности афты Сеттона встречались в 1,2 раза чаше, чем у больных из городов: 8,8% против 7,6%, однако различие статистически не значимо (p = 0,671).

Наибольшие показатели частоты афт Сеттона отмечены по равнинной ЭЗ — 11,8%, что в 2,8 раза больше, чем по горной ЭЗ — 4,7%, (p > 0,05).

Таким образом, по Республике Дагестан в структуре рецидивирующего афтозного стоматита преобладает легкая его форма, на втором месте — тяжёлая форма (афты Сеттона); такая структура болезни характерна как для городов, так и для сельской местности, особенно на равнине и в горах. Показатели частоты различных клинических форм РАС по городам и ЭЗ сельской местности колебались, иногда кратно.

МИКРОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ МЕТОДОМ ИНФИЛЬТРАЦИИ

А.Ф. Алимирзоев[1] - студент 5-го курса стоматологического факультета,
М.Н. Меджидов[1], Н.Д. Меджидова[2]
[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*
ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, г. Махачкала
[2]*ГБУ РД «Детская городская поликлиника № 1»Минздрава Республики Дагестан, г. Махачкала*
Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Не прекращается поиск новых способов лечения кариеса зубов, основанных на максимальном сохранении твердых тканей зуба при условии обеспечения эффективного блокирования развития кариозного процесса.

Для кариеса эмали характерны повышенная проницаемость структуры эмали и образование в ее толще микропор. При активизации процесса реминерализации в толще эмали образуется пигмент, в результате чего кариозное пятно приобретает темную окраску. Многочисленными исследованиями установлено, что возможны два пути естественной трансформации кариеса эмали: первый путь реминерализация и относительная стабилизация процесса (пигментированное пятно), второй образование дефекта эмали, а затем и дентина, в виде кариозной полости.

Применяемые методы лечения кариеса зубов имеют свои особенности и ограничения. Реминерализирующая терапия не эффективна при образовании в толще эмали больших пространств в результате разрушения гидроксиаппатита. Между тем, традиционные методы лече-

ния кариеса препарирование и пломбирование связаны с излишним разрушением твердых тканей зуба. Особенно это актуально для полостей 2 класса по Блэку, когда для полноценного пломбирования иссекается значительный объем эмали и дентина. И, несмотря на то, что с помощью современных стоматологических материалов можно добиться долговременной эстетической и функциональной стабильности зуба, тем не менее обеспечение возможности сохранения целостности собственных морфологических структур зуба, безусловно, предпочтительнее любых вариантов его искусственного восстановления.

Примером метода превентивного малоинвазивного лечения кариеса является герметизация фиссур, которая, по мнению различных авторов, имеет высокую эффективность: от 67% до 89%. Применяемые при этом герметики (силаны) имеют достаточную проникающую способность, что позволяет заполнить все микропространства на окклюзионной поверхности зубов. По аналогии с герметизацией фиссур предлагается использовать новую технологию консервативного микроинвазивного лечения кариеса эмали инфильтрацию препаратом «1соп».

Лечение кариеса зубов методом инфильтрации препаратом «1соп» приводит к стабилизации кариозного процесса и запечатыванию микропор и пространств, образовавшихся в результате деминерализации. Методика инфильтрации кариеса основана на способностях жидкотекучих смол определенной вязкости проникать по межпризменным пространствам в глубокие слои эмали и заполнять образовавшиеся микропоры. Показаниями к использованию данной методики является кариес на ранних стадиях, локализованный на апроксимальных и вестибулярных поверхностях постоянных зубов при условии сохранения поверхностного слоя эмали.

Для определения эффективности использования новой медицинской технологии лечения кариеса было проведено клиническое исследование результатов инфильтрации препаратом «1соп» эмали постоянных зубов у 37 пациентов, инфильтрировано 85 зубов. У всех пациентов, принявших участие в данном исследовании, инфильтрация была успешной, причем максимальный эстетический эффект был достигнут в большинстве случаев и только в двух случаях из-за довольно длительного хронического процесса не удалось добиться полного эстетического эффекта. У 92,9% пациентов активность молочной кислоты, определяемая методом лазерной флуористентной спектроскопии, через 3 месяца после проведения инфильтрации снизилась в среднем с 23 до 11 единиц. Во всех случаях оценивался уровень микроциркуляции в пульпе зуба после проведенной инфильтрации эмали. При этом каких-либо существенных изменений в микроциркуляторном русле не было выявлено, что может служить подтверждением безопасности данной методики для пульпы.

Следует отметить значительную эффективность микроинвазивного лечения кариеса эмали зубов методом инфильтрации по сравнению с другими применяемыми в стоматологической практике способами блокирования кариозного процесса. Так, например, в отличие от реминерализирующей терапии успешный результат инфильтрации эмали препаратом «1соп» более предсказуем, гарантирован и достигается в одно посещение.

По сравнению с традиционными методами лечения кариеса зубов, обязательными элементами которых являются препарирование твердых тканей и пломбирование кариозной полости, новая технология микроинвазивного лечения обладает тем несомненным преимуществом, что она позволяет обеспечить практически полную сохранность морфологических структур и анатомической формы зуба.

Важно также учесть, что применение метода инфильтрации эмали при лечении кариеса зубов позволяет избежать осуществления таких неприятных для пациента процедур, как проведение анестезии и препарирование тканей зуба.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ АКВАКОМПЛЕКСА ГЛИЦЕРОСОЛЬВАТА ТИТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

С.Р. Саругланов[1] – молодой специалист, М.Н. Меджидов[1], Н.Д. Меджидова[2]

[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*

ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России, г. Махачкала

[2]*ГБУ РД «Детская городская поликлиника № 1»Минздрава Республики Дагестан, г. Махачкала*

Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Высокая распространенность воспаления тканей пародонта (ВТП) является одной из серьезных проблем стоматологии. Поэтому необходимость поиска новых средств и методов профилактики и лечения ВТП актуальна (Барер Г.М., Соловьева, О.В., Янушевич О.О., 2002). Представляет интерес Тизоль (Т) — аквакомплекс глицеросольвата титана. Т, благодаря своим пенетрирующим свойствам, при нанесении на кожу проникает на глубину до 8см в патологический очаг через мембраны клеток (размер пор мембраны от 1 до 10 нм) и межклеточное пространство (размер его от 15 до 20 нм). Препарат Т в своем составе содержит неорганическую частицу — титан, который находится в капсуле, содержащей связанный глицерин и воду. Эта наносистема получена в результате химического взаимодействия реагентов (Емельянова И.В., 2009).

Цель исследовния: изучить эффективность лечения больных с ВТП (катаральным гингивитом и пародонтитом) путем включения в комплексную терапию гелевого препарата Тизоль как наносистемы.

Материалы и методы исследования: Проведено исследование эффективности препарата Т при лечении 60 больных с ВТП (38 женщин, 22 мужчин). Средний возраст пациентов составил 36 лет, продолжительность заболевания — от 1 до 10 лет. Комплексное лечение включало устранение местных раздражающих факторов, контроль гигиены полости рта, аппликации Т-комплекса с хлоргексидином, по показаниям — хирургические и ортопедические методы. Оценивались продолжительность действия Т, эффективность терапии по мнению пациента (хороший, удовлетворительный, отсутствие эффекта). Статистическая обработка полученных данных проводилась по методам вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение: Ко второму посещению уменьшились клинические признаки воспаления, улучшились результаты индексной оценки пародонта (РМА, ПИ и др.). Состояние десны улучшалось с каждым посещением, к 5-му посещению достоверно уменьшались отек, гиперемия десны ($p < 0,05$). На фоне проведенного лечения при использовании Т отмечено улучшение всех исследуемых показателей. Достоверно уменьшились боль, отек, кровоточивость, гиперемия, воспаление десны. Значения индекса РМА снизились в 8 раз, ПИ — в 3 раза. Значения гингивального индекса GI уменьшены в 10 раз. Хороший эффект имел место в 92%, удовлетворительный — в 8%. Отсутствие эффекта не отмечено. Переносимость препарата была во всех случаях хорошей. Не было отмечено влияния исследуемых препаратов в клиническом анализе крови: уровень эритроцитов, цветного показателя, лейкоцитов, эозинофилов. На фоне локальной комплексной терапии отсутствовали изменения в клиническом анализе Мочи.

Таким образом, применение Т в виде аппликаций на десну обеспечило выраженный кровоостанавливающий, противоотечный и противовоспалительный эффект. Периодическое проведение профилактических курсов комплексной терапии ВТП, систематической личной гигиены полости рта на фоне профессиональной гигиены полости рта, позволяет добиться стабилизации воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта. Следовательно, наносистема — аквакомплекс глицеросольвата титана — обладает высокими свойствами трансмукоидной диффузии при местном нанесении на десну, а также противовоспалительным, противоотечным, анальгезирующим действием. Дальнейшее изучение механизма действия этой наносистемы позволит разработать новые медицинские технологии по применению ее в лечении больных ВТП и повысит качество стоматологической помощи.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.З. Закарьяев[1]– аспирант, М.Н. Меджидов[1], Н.Д. Меджидова[2]

[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

[2]*ГБУ РД «Детская городская поликлиника № 1»Минздрава Республики Дагестан, г. Махачкала*

Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это одно из наиболее распространенных хронических заболеваний верхнего отдела пищеварительной системы, возникающее из-за желудочно-пищеводного рефлюкса. Рефлюкс – это ретроградный заброс содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки в пищевод.

Распространенность ГЭРБ в странах Запада выше, чем в Восточных странах и составляет приблизительно 20 % и 10 % [3].

Имеет проявления: гортанные (рефлюксный ларингит, дисфония, хронический кашель, язвы голосовой складки и гранулемы), фарингеальные (мукозит), дыхательные (астма, бронхит, хронический кашель и аспирационная пневмония), пазушные (синусит), в среднем ухе (средний отит) и полости рта (зубная эрозия зубов, кислый привкус и стоматит) [1, 2, 4].

Нарушения, возникающие в полости рта, в ряде случаев утяжеляют течение основного заболевания, поэтому роль врача-стоматолога в процессе профилактики и терапии сочетанных заболеваний органов полости рта и внутренних органов неоспорима. На сегодняшний день не существует комплексной программы целенаправленной диагностики заболеваний полости рта при ГЭРБ с учетом тяжести основного заболевания.

Для определения влияния ГЭРБ на состояние полости рта было обследовано 90 больных (36 мужчин и 54 женщины в возрасте от 25 до 65 лет) с указанной патологией, находящихся на диспансерном учёте в МБУЗ «Поликлиника № 8» г. Махачкалы (основная группа). В контрольную группу входили 30 человек (14 мужчин и 16 женщин того же возрастного диапазона) без установленной патологии внутренних органов.

Комплекс диагностических мероприятий включал в себя стандартные и дополнительные методы обследования, а также лабораторные исследования. Для определения качества жизни пациентов проводилось тестирование с помощью стоматологического опросника.

Весь комплекс стоматологического обследования проводился в 5 этапов: первичный осмотр; осмотр после завершения лечения; через три, шесть и двенадцать месяцев после лечения.

Анализ результатов исследования первичного осмотра среди пациентов основной группы показал, что распространенность заболеваний пародонта превысила 85%. Высокая частота встречаемости заболеваний полости рта является косвенным свидетельством нарушений функций желудка и пищевода и нацеливает на лабораторные и микробиологические, цитологические исследования у этой категории больных.

Проведенное бактериологическое исследование содержимого десневых карманов у больных основной группы позволило выявить возбудителей, причастных к развитию воспалительного процесса в тканях пародонта. Во всех случаях был обнаружен стрептококк группы D в высоких концентрациях. Проведение эксфолиативной цитологии у пациентов этой группы выявило изменения количественного и качественного состава клеточных элементов тканей пародонта. Более чем в 85% случаев наблюдалось значительное увеличение количества нейтрофилов. Изменение количества макрофагов и эпителиальных клеток также служит подтверждением наличия воспаления в пародонте.

Анализ качества жизни пациентов показал, что более 50% пациентов отмечают привычный дискомфорт и другие неприятные ощущения при приеме пищи и речеобразовании.

Таким образом, высокая распространенность заболеваний пародонта (более чем 85% случаев) у пациентов с ГЭРБ свидетельствует о тесной взаимосвязи состояния полости рта, пищевода и желудка.

Общность звеньев этиологии и патогенеза сочетанных поражений полости рта и ГЭРБ может послужить обоснованием для разработки комплексных программ диагностики и лечения поражений полости рта, являющихся неотъемлемой частью лечения и профилактики заболеваний пищевода и желудка.

Литература

1. Bartlett D. Intrinsic causes of erosion. Monogr Oral Sci. 2006;20:119–139.

2. Heidelbaugh JJ, Gill AS, Van Harrison R, Nostrant TT. Atypical presentations of gastroesophageal reflux disease. Am Fam Physician. 2008;78:483–488.

3. Richter JE. The many manifestations of gastroesophageal reflux disease: presentation, evaluation, and treatment.Gastroenterol Clin North Am. 2007;36:577–599.

4. Tolia V, Vandenplas Y. Systematic review: the extra-oesophageal symptoms of gastro-oesophageal reflux disease in children. Aliment Pharmacol Ther. 2009;29:258–272.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.З. Закарьяев[1]– аспирант, М.Н. Меджидов[1], Н.Д. Меджидова[2]
[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
[2]*ГБУ РД «Детская городская поликлиника № 1»Минздрава Республики Дагестан, г. Махачкала*
Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Целью исследования: сравнительная оценка показателей местного иммунитета полости рта пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, сочетанным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, и больных хроническим генерализованным пародонтитом такой же степени без установленной сопутствующей патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. В проведенных нами исследованиях у всех больных (30 человек) хроническим генерализованным пародонтитом, сочетанным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ХГП+ГЭРБ), отмечено выраженное повышение концентрации ИЛ-lb в десневой жидкости относительно этого параметра у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом без установленной сопутствующей патологии (ХГПбусп) (30 человек): (300,23+25,56 пкг/мл и 212,65117,15 пкг/мл соответственно, при контроле 117,23+12,45 пкг/мл).

Показатели содержания в десневой жидкости ФНО-α при ХГП+ГЭРБ и ХГПбусп превышали нормальные значения в 5-12 раз. У пациентов ХГПбусп концентрация ФНО-α была достоверно ниже, нежели у больных ХГП+ГЭРБ (соответственно 418,27+77,56 пкг/мл и 841,21+64,21 пкг/мл, при контроле 70,54±11,07 пкг/мл).

Проведенные нами исследования показали, что в содержимом пародонтальных карманов больных ХГП+ГЭРБ и ХГПбусп содержание интерлейкина 4 значительно снижено и составляет 4,81 + 1,81 пкг/мл и 3,49±2,1 пкг/ мл, при 13,51±1,21 в контроле.

Сравнение концентрации провоспалительных и противовоспалительного цитокинов у больных ХГП+ГЭРБ и ХГПбусп выявило дисбаланс в их соотношении по сравнению с соотношениями контрольных величин. Так, если у здоровых доноров соотношение содержания в десневой жидкости ИЛ-1b/ИЛ-4 составило 8,67, то это соотношение увеличивалось за счет повышения ИЛ-lb до 44,2 в случае ХГПбусп и до 86,02 — при ХГП+ГЭРБ.

В наших исследованиях было выявлено значительное достоверное увеличение ИФН-g в десневой жидкости больных ХГП+ГЭРБ и ХГПбусп (365,52+35,21 пкг/мл и 354,11±40,62 пкг/мл соответственно по сравнению с контрольными величинами (25,63+4,95 пкг/мл).

При проведении исследований было обнаружено, что у больных ХГПбусп уровень иммуноглобулинов класса IgG в десневой жидкости достоверно повышался по сравнению с показателями здоровых доноров (0,25+0,05 г/л по отношению к 0,1+0,04 г/л). У пациентов ХГП+ГЭРБ увеличение IgG было еще более выраженным и составляло 0,33 ± 0,07 г/л.

Что касается секреторного иммуноглобулина А, то он имел тенденцию к снижению в десневой жидкости как при ХГПбусп, так и при ХГП+ГЭРБ. В группе больных ХГПбусп обнаруживалось 0,43±0,04 г/л slgA в десневой жидкости. У пациентов ХГП+ГЭРБ количество slgA в десневой жидкости соответствовало 0,34±0,02 г/л, в контроле 0,61±0,01 г/л.

Выводы. Таким образом, иммунологические исследования, проведенные как у пациентов ХГП+ГЭРБ, так и у больных ХГПбусп, свидетельствуют о том, что патологический процесс в полости рта сопровождается существенными изменениями местного иммунитета. Отмечен дисбаланс в десневой жидкости между провоспалительными цитокинами — ФНО-α, ИЛ-lb, ИФН-g, концентрация которых значительно увеличивается при ХГП+ГЭРБ, и противовоспалительным цитокином — ИЛ-4. Выявлено увеличение содержания IgG и снижение концентрации

slgA в десневой жидкости как у пациентов ХГП+ГЭРБ, так и у больных ХГПбусп, но более выраженные у больных ХГП+ГЭРБ.

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Н.Б. Гамзалова - аспирант
Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Известно, что при нарушениях иммунного статуса острый герпетический стоматит (ОГС) развивается чаще и характеризуется более тяжелым течением, что связано с недостаточностью иммунитета. Механизмы иммунопатологии при герпетической инфекции разнообразны и включают как ответ на персистирующий антиген, так и неадекватную реакцию вирусоспецифического иммунного ответа.

Комплексная терапия ОГС включает в себя общее и местное лечение. ИМУДОН — активное специфическое противомикробное и противовоспалительное средство, значительно сокращающее сроки эпителизации элементов поражения при ОГС путем коррекции местного иммунитета.

В связи с высокой эффективностью Имудон рекомендован для лечения ОГС как в качестве стимулирующего, так и иммуномодулирующего средства.

Исследован иммунный статус 43 больных в возрасте от 25 до 49 лет, находящихся на лечении по поводу ОГС.

Данные исследования свидетельствуют о преимуществе комплексной терапии ОГС с применением препарата Имудон, ее высокой эффективности, выражающейся в достоверном сокращении сроков эпителизации элементов поражения.

Имудон сочетается с основными лекарственными формами, хорошо переносится больными, высокоэффективен при местном применении в качестве монотерапии и при сочетании с противовирусными препаратами, усиливая и пролонгируя терапевтический эффект.

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДАГГОСМЕДУНИВЕРСИТЕТА

С.Р. Саругланов[1] – молодой специалист, Г.М.-А. Будайчиев[1] – клинический ординатор, М.Н. Меджидов[1], Н.Д. Меджидова[3], Х.Г. Мусалов[2]
[1]*Кафедры терапевтической стоматологии*
и [2]пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
[3]*ГБУ РД «Детская городская поликлиника № 1»Минздрава Республики Дагестан, г. Махачкала*
Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

Актуальность: Современное развитие общества выдвигает всё новые требования к образованию. Образовательный процесс подразумевает большой объём информации и повсеместную компьютеризацию. Несмотря на это, главное условие личностного роста здоровье молодежи. По данным специальной литературы, отмечается снижение уровня здоровья среди людей молодого возраста, что негативно отражается на трудоспособности студентов.

Цель исследования: - изучить медико-социальный статус студентов 1 курса стоматологического факультета.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники ГБУ РД «Республиканская стоматологическая поликлиника им М.М. Максудова» с сентября по декабрь 2016 года. В нём приняли участие 100 студентов 1 курса стоматологического факультета в возрасте 17-18 лет. Исследование включало 2 этапа: 1) анкетирование; 2) клиническое стоматологическое обследование.

На первом этапе 100 респондентам была предложена анкета, содержащая вопросы, касающиеся профилактики стоматологических заболеваний, наследственности и настоящего состояния здоровья, а также образа жизни. После чего подсчитывался индекс массы тела (ИМТ).

На втором этапе каждый студент был осмотрен врачом-стоматологом. По результатам осмотра подсчитывали индекс КПУ. Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью упрощенного индекса гигиены Грина-Вермилиона (OHI-S), состояние тканей пародонта с помощью индекса РМА. Помимо этого проводили осмотр слизистой оболочки полости рта с целью выявления патологических элементов. Анализ полученных данных и оценку достоверности различий средних величин проводили с использованием критерия Стьюдента. Изменения показателей считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования: При подсчете ИМТ было выявлено, что 76% студентов имеют нормальную массу тела, 21% дефицит массы тела, 3% избыточную.

Анализ блока вопросов, касающихся профилактики стоматологических заболеваний, показал, что 91% опрошенных чистит зубы 2 раза в день, 7% - после каждого приёма пищи, 2% не регулярно.

Дополнительные средства гигиены применяют 15% опрошенных. Частота посещения стоматолога в среднем составила 1,1 раза в год.

Состояние своего здоровья в настоящее время 66% оценивают как хорошее, 34% - как удовлетворительное. Студенты, давшие удовлетворительную оценку, отмечают наличие сопутствующих заболеваний. В связи с этим, а также с целью профилактики 65% респондентов периодически или регулярно принимают лекарственные препараты и витаминные комплексы.

Изучение ответов на вопросы об образе жизни показало, что диету соблюдают 15% респондентов, 86% не имеют ограничений в питании. 79% по результатам анкетирования не курят, 22% курящие. Среди других вредных привычек студенты отметили частое употребление горячего чая, кофе, злоупотребление газированными напитками, прикусывание щеки, «щёлканье» семечек, причем многие из них не оценивали эти пристрастия как негативные и не пробовали отказаться от них.

Данные клинического стоматологического обследования свидетельствуют о том, что среднее значение индекса КПУ у студентов 1 курса стоматологического факультета составляет 10,26. В санации полости рта нуждаются 76% обследованных. При этом 56% имеют удовлетворительный уровень гигиены полости рта (OHI-S=0,7-1,6), 38% неудовлетворительный (OHI-S=1,7-2,5), 7% хороший (OHI-S=0-0,6). Воспаление папиллярной и маргинальной десны наблюдается у 70% обследованных (РМА=13,5-32,5), отсутствие воспаления у 30%.

Таким образом, анкетирование студентов 1 курса стоматологического факультета выявило невысокую информированность о состоянии своего здоровья и мотивацию к его сохранению и лечению. Отклонения от нормы по показателю ИМТ имели 24% студентов, а 66% - хроническую сопутствующую патологию и нуждались в диспансеризации. Из числа обследованных 76% нуждались в санации полости рта.

Заключение. Анализ результатов проведенного обсследования убеждает, что стоматологическое просвещение и развитие профессиональной грамотности необходимы и являются важным условием медико-социального благополучия.

ПАРНО-ЛИНЕЙНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕКЛОВОЛОКОННО КОМПОЗИТНОЙ ШИНЫ

Р.Р. Магомедов - студент 5 курса стоматологического факультета, А.З. Фаталиева - ассистент, Ю.Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России» г.Махачкала

Научный руководитель - к.м.н., доц. Ю.Н. Кажлаев

DOUBLES-LINE IMMOBILIZATION OF THE MOVABLE TEETH USING STEKLOKREMNEZITA TIRES

Magomedov R.R., Fataliyeva A.Z., Kazhlaev Y.N.

Актуальность. В стоматологической практике для лечения генерализованного пародонтита нашли применение постоянные стоматологические фиксирующие шины разной конструк-

ции и соответствующих материалов [1, 2, 4, 8]. При этом преследуются цели распределения нагрузочных усилий на зубо-альвеолярную систему на длительный период функционирования конструкции [3, 5]. В свою очередь, длительный срок эксплуатации шины может быть обеспечен высокими прочностными характеристиками материала изготовления. Достаточно частым вариантом изготовления шин являются различные композиционные материалы, усиливаемые армирующими элементами [7, 9, 10].

Поиск оптимальных способов армирования композитных балочных шин для линейной иммобилизации, несмотря на достаточный опыт подобных исследований, является актуальной проблемой современной стоматологии, предусматривающей комплексный подход к выбору материала и способа изготовления требуемых конструкций.

Резюме: В стоматологической практике для лечения генерализованного пародонтита нашли применение постоянные стоматологические фиксирующие шины. Поиск оптимальных способов армирования композитных балочных шин для линейной иммобилизации является актуальной проблемой современной стоматологии. Авторы поставили задачу разработать и обосновать вариант армирования композитной шины с использованием стекловолоконного штифта. Полученные результаты в виде предлагаемой конструкции демонстрируют высокую клиническую эффективность, с учетом применения сходных по химико-физическим характеристикам компонентов шины (стекловолоконный штифт-композит), что может служить вариантом оптимального выбора иммобилизации при подвижности зубов различного генеза.

Ключевые слова: шинирующие конструкции, светополимеризующиеся композиционные материалы, армирующие элементы, стекловолоконно-композитное армирование.

Abstract: In the dental practice for the treatment of generalized periodontitis has found application constant dental retaining splint. The search of optimal methods of reinforcement of composite girder tyres for linear immobilization is a topical problem of modern dentistry. The authors set the task to develop and justify the option reinforcement composite tires using fiberglass pin. The results obtained in the proposed design demonstrates high clinical efficacy , with the use of similar chemical-physical characteristics of the components of the tire (fiberglass pin-composite) that can serve as a variant of the optimal choice of immobilization with tooth mobility of various origins.

Key words:splinting of konstrukcii, setprimarykeys composite materials, reinforcing elements, the fiberglass-composite reinforcement.

Цель исследования: повышение эффективности шинирования зубов при их подвижности путем армирования композита стекловолоконным штифтом.

Результаты исследования: В этой связи несомненный интерес представляет композитная шина с органично включенным армирующим элементом в виде отрезка стекловолоконного штифта[6]. Благодаря модулю эластичности стекловолоконного штифта, схожим с дентином зуба, функциональная нагрузка при термо-механических воздействиях на шину распределяется равномерно, как в монолитной структуре. Единство штифта с твердыми тканями зуба (сходный с дентином модуль эластичности), высокие прочностные характеристики, использование той же органической матрицы , что и у гелиокомпозитов при их изготовлении, обеспечивает создание монолитной стекловолоконно-композитной шинирующей конструкции, улучшая равномерность принимаемой жевательной нагрузки. Немаловажным является механизм фиксации армирующего конструкционного элемента в композитной массе - металлические штифты основаны на механической фиксации, а стекловолоконные - химической адгезии с однородным материалом.

Предварительно проводят профессиональную гигиену полости рта и, при необходимости, местную противовоспалительную терапию. При шинировании в области передних зубов с оральной (небной или язычной) поверхности или жевательных зубов на жевательной поверхности алмазным турбинным бором делают паз округлой или цилиндрической формы в участках коронки зуба и на глубину, безопасную с позиций близости пульпы зуба, в зависимости от диаметра применяемого штифта с учетом его последующего полного погружения в композит длиной 2-3 мм.

Подгоняют отрезок стекловолоконного штифта диаметром 1-1,2 мм путем отсечения необходимого размера алмазным турбинным бором или алмазным диском в зависимости от индивидуальных анатомо-топографических особенностей (групповой принадлежности зубов, длины образованных полостей и пр.). Наносят травильный состав (гель или жидкость) на 30 секунд на эмаль и 15 секунд на дентин в соответствии с принципами тотального травления,

смывают травильный материал водой в течение 30секунд и высушивают подготовленные поверхности до степени увлажненного искрящегося дентина , матовости и побеления эмали, в том числе и в участках прилегания к полости на 1-2 мм.

После нанесения праймер-бондинговой системы, в соответствии с инструкцией производителя с последующим высушиванием струей воздуха, производят засвечивание светополимеризационной лампой. Вносят в образованные полости смежных зубов слой жидкотекучего гелиокомпозита, в который погружают предварительно подготовленный отрезок штифта (травление кислотой или обработка пескоструйным способом - Air Flow, нанесение адгезива, светополимеризация) , светополимеризуют с помощью гелиолампы в течение времени, рекомендованного производителем для данной разновидности и цветовой гаммы композита. Последующее восстановление дефекта проводят с использованием послойного внесения композита с удалением излишков материала путем сошлифовывания и окончательного полирования с помощью алмазных боров различной зернистости, шлифовальных гибких дисков и резиновых абразивных головок. Таким образом, проводят попарную иммобилизацию смежных зубов различной протяженности в зависимости от требуемых клинических задач.

Выводы. Таким образом, использование стекловолоконных технологий, связанных с применением как ленточных, так и жестких (штифтовых) конструкций для армирования композита в современной клинике представляется актуальным направлением, нацеленных на поиск наиболее функциональных способов в шинирующей составляющей комплексного лечения болезней зубов и пародонта, в частности, сопровождающихся подвижностью зубов.

В этой связи предлагаемая конструкция, в виду своей доступности, легкости в изготовлении, высокой клинической эффективности, с учетом применения сходных по химико-физическим характеристикам компонентов шины (стекловолоконный штифт-композит), образующим единое функциональное целое на химическом уровне, может служить вариантом оптимального выбора иммобилизации при подвижности зубов различного генеза.

Литература

1. Акулович А. В., Орехова Л.Ю. Современные методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении пародонта //Новое в стоматологии, 1999. № 4. С. 25–31.

2. Белоклицкая Г. Ф., Лузина О.В. Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубныхрядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита . //Совр. Стоматология 2004. № 2. С.64–65.

3. Бронников О.Н. Клинико-функциональная сравнительная оценка методов шинирования у больных хроническим генерализованным пародонтитом: Автореф. дис...канд. мед. наук. М., 2005. 23 с.

4.Жолудев С.Е., Гольдштейн Е.В., Шустов Е.Л. Избирательное пришлифовывание и шинирование зубов как звено в комплексном лечении пародонтита // Ин-т стоматологии, 2004. №1. С. 80-81.

5. Жулев Е.Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта. – Н.Новгород: Изд-воНГМА, 2003. 278 с.

6. Кажлаев Ю.Н., Фаталиева А.З. Способ парно-линейной иммобилизации подвижных зубов с использованием стекловолоконной шины /Удостоверение на рационализаторское предложение №17-1507, выданное ГБОУ ДГМА МЗ РФ.

7. Ряховский А.Н., Логинова Н.К., Котенко С.А. Влияние механической нагрузки на ткани пародонта // Стоматология,2010. №3. С. 72-75.

8. Л.Б. Фролова Новые технологии в комплексном лечении тяжелых форм пародонтита // Стоматология для всех. - 2010. - №1. - С.38-39.

9. Schulz A., Hilgers R.D, Niedermeier W. The effect of splinting of teeth in combination with reconstructive periodontal surgeryin humans. // Clin Oral Investig. 2000. №4 (2). P. 98-105.

10. Valyi P., Gorso I., Kocsis A. et al. Direct application of fiberreinforced composaites in splinting in a case of periodontitis.II. // Fogorv. Sz. 2003. Vol. 96, №1. P. 29-32

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ ПОЛОСТИ РТА

А.Р. Меджидова - студентка 5 курса стоматологического факультета,
А.З. Фаталиева - ассистент, Ю.Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России г. Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., доц. Ю.Н.Кажлаев

PRECLINICAL EVALUATION OF A CARIOGENIC SITUATION OF THE ORAL CAVITY

Medzhidova A.R., Fatalieva A.Z., Kazhlaev Y.N.

Актуальность. На сегодняшний день для доклинической диагностики и прогноза кариеса зубов нашли применение ряд методик, связанных с изучением анамнестических показателей, отдельных параметров ротовой жидкости, ее реминерализирующего потенциала, CRT-диагностики, кариесогенности назубных отложений и т.д. [5, 6, 7, 10, 11,12]. Ротовая жидкость имеет особое патогенетическое значение в развитии кариеса зубов [2,8, 9]. В ней внутренне объединяются различные факторы патогенеза кариеса зубов и , по мнению большинства исследователей, при изменениях физико-химических характеристик наблюдается высокий неблагоприятно-прогностический риск возникновения и интенсивного развития кариозного процесса. В тоже время изучение ряда электрофизических свойств слюны сопряжено с определенными трудностями, в первую очередь слабого технического обеспечения методик, разнотипность технических характеристик применяемых приборов для фиксации, допускающих значительные погрешности в измерениях, что затрудняет проведение сравнительного анализа результатов, полученных в различных исследованиях. Электросопротивляемость ротовой жидкости напрямую зависит от общей концентрации ионов и скорости их движения, зависящих от размеров гидратированных ионов, температуры, изменяющей вязкость и гидратацию, величины заряда ионов [3, 4] . Изучение этого интегрального показателя поможет лучше понять развития кариеса зубов, а также динамику процессов реминерализации, что несомненно может быть использовано в прогнозировании этой самой распространенной стоматологической патологии.

Резюме: Изучение ряда электрофизических свойств слюны сопряжено со слабым техническим обеспечением методик, разнотипностью технических характеристик применяемых приборов для фиксации, допускающих значительные погрешности в измерениях, затрудняющих проведение сравнительного анализа результатов.

Проведен сравнительный анализ электропроводности слюны у 158 детей 4-16 летнего возраста с интактными зубами и с множественным кариесом. Измерения проведены с использованием цифрового мультиметра с высоким (более 10 Мом) входным сопротивлением. Величины электросопротивляемости характеризовались выраженной в значительной степени вариабельностью при различном количестве кариозных очагов в полости рта (сильной обратнокорреляционной взаимосвязью).

Выявление неблагоприятного варианта удельной электропроводности слюны у ребенка позволяет индивидуализировать планирование и проведение лечебно-профилактических мероприятий с целью повышения эффективности кариесредуктивных воздействий.

Ключевые слова: Электрофизические свойства ротовой жидкости, донозологическая диагностика кариеса, цифровой мультиметр, электросопротивляемость слюны, интенсивность кариеса.

Abstract: Study of some electrical properties of saliva is associated with weak technical support methodologies, the diverse nature of technical characteristics of the devices used for fixation, allowing a large error in the measurements difficult to carry out comparative analysis of the results.

A comparative analysis of the electrical conductivity of saliva from 158 children 4-16 years of age with intact teeth and multiple caries. The measurements were conducted using a digital multimeter with high (>10 Mω) input impedance. The magnitude of elektrosoprotivleniya was characterized by severe greatly variability for different numbers of carious lesions in the oral cavity (operatorelement strong relationship).

Identifying adverse option the electrical conductivity of saliva allows the child to individualize the planning and implementation of preventive measures with the aim of improving the efficiency careereducation influences.

Key words: Electrophysical properties of oral liquid, prenosological diagnostics of caries, digital multimeter, elektrosoprotivleniya saliva, the intensity of caries.

Цель исследования: повышение эффективности донозологической диагностики путем изучения и оценки электропроводности слюны у детей во взаимосвязи с интенсивностью кариозного процесса.

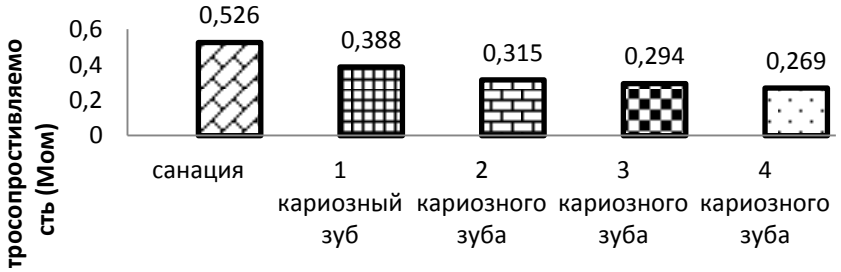
Материалы и методы: проведен сравнительный анализ электропроводности слюны у 158 детей

4-16 летнего возраста с интактными зубами и с множественным кариесом. Измерения проведены с использованием цифрового мультиметра с высоким (более 10 Мом) входным сопротивлением по постоянному току с фиксацией max-min показателей (APPA 109N USB, снабженного интерфейсом с оптической развязкой, позволяющим непосредственное подключение к ПК, для калибровки и передачи накопленных данных с возможностью запоминания до 40000 измерений, записываемых в память прибора в ручном режиме с последующим переносом в компьютер)

Результаты: проведенные клинические исследования у 158 детей 4-16 летнего возраста показали, что величина электросопротивляемости слюны и активность кариозного процесса находятся в тесной, высокой степени корреляционной взаимосвязи /коэффициент корреляции r=-0,82/. Связи между наличием пломб, в том числе металлических, и электросопротивляемостью не обнаружено. У детей с санированной полостью рта электросопротивляемость слюны составила в среднем 0,526±0,015 Мом, с 1 нелеченным зубом - 0,388±0,026 Мом, с 2-мя нелеченными зубами -0,315±0,019 Мом, с 3-мя - 0,294±0,029 Мом, а с 4-мя нелеченными зубами – 0,269 ± 0, 023 Мом. (рис.1).

Проведенное исследование позволило установить, что величины электросопротивляемости характеризовались выраженной в значительной степени вариабельностью при различном количестве кариозных очагов в полости рта (сильной обратнокорреляционной взаимосвязью), что делает возможным предположение об объективно-цифровой оценке кариесогенной ситуации с помощью изученного показателя.

Рис.1 Показатели электросопростивляемости слюны



Из полученнных данных следует, что такой интегральный показатель ротовой жидкости , как электросопротивляемость, может помочь в комплексной совокупной объективной оценке ротовой жидкости, а также гомеостаза полости рта и предсказать возможность, активность и динамику развития кариеса зубов.

При выявлении отклонений от возрастной нормы этого параметра необходимо проведение углубленного исследования ротовой жидкости с целью поиска индивидуализированного фактора риска развития кариесогенной ситуации в полости рта.

Выводы: изучение удельной электропроводности слюны у детей при кариесе зубов позволило выявить изменения биофизических (электрометрических) свойств слюны при различной интенсивности его течения. Иными словами, величины электросопротивляемости характеризовались выраженной неоднозначностью при различном количестве кариозных очагов в полости рта, что позволяет выделить степень благоприятности изученных показателей слюны. Учитывая, что изменения слюны могут иметь место до появления кариозных очагов, предлагаемый метод можно использовать как прогностический тест для выявления кариесогенной ситуации в полости рта. Выявление неблагоприятного варианта удельной электропроводности слюны у ребенка позволяет индивидуализировать планирование и проведение лечебно-профилактических мероприятий с целью повышения эффективности кариесредуктивных воздействий.

Литература

1. Борисенко Л. Г. Метод «Кариограмма» в клиническом прогнозировании кариеса зубов // Клин.стоматология. 2004.-№ 1.-С. 14-16.

2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. Н. Новгород: Изд-во НГМА.304 с.

3. Иванова Г. Г. Медико-технологическое решение проблем диагностики, прогнозирование и повышение резистентности твердых тканей зубов: автореф. дис. . д-ра мед. наук Омск, 1997. 48 с.

4. Иванова Г.Г., Тихонов Э.П., Чибисова М.А. Определение состояния твёрдых тканей зубов с использованием современных способов диагностики// Маэстро стоматологии 2008. № 4 (32). С. 84-87.

5. Михайлов А.С. Разработка прогностических критериев восприимчивости детей к кариесу зубов : автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1991. - 20 с.

6. Овруцкий Г.Д., Водолацкий М.П., А. М. Водолацкая А.М. Прогнозирование и донозологическая диагностика кариеса зубов Ставрополь, 1990.- 96 с.

7. Пузикова О. Ю. Прогнозирование развития кариеса зубов с учётом интегрированных показателей и математического моделирования : дис. . канд. мед. наук- Омск, 1999. 183 с.

8. Рединова Т. JI. Кариес зубов : монография. Ижевск, 2009.- 96 с.

9.Скрипкина Г.И. Взаимосвязь физико-химических параметров ротовой жидкости кариесрезистентных детей// Стоматология детского возраста и профилактика, 2011. Т. 10. № 3. С. 22-25.

10.Скрипкина Г.И., Митяева Т.С., Хвостова К.С. Проблема донозологической диагностики и прогнозирования кариеса зубов в детском возрасте (обзор литературы)// Уральский медицинский журнал. 2013. № 5 (110). С. 14-21.

11. Bratthall D , Hansel Petersson G. Cariogram a multifaktorial risk assessment model for aimultifaktorial disease // Community Dent. Oral. Epidemiol. 2005. Vol. 33. P. 256-264.

12. Zimmer S., Robke F.J., Roulet J.-F. Caries prevention with fli varnish in a socially deprived community // Community Dent. Oral Epidemiol. 1999. Vol. 27. P. 103-108.

МЕТОД ЭЛЕКТРОМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОКЛАДОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА

А.М. Саидова - студентка 5 курса стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России г.Махачкала

Научный руководитель - к.м.н., доц. Ю.Н.Кажлаев

ELECTROMETRIC METHOD OF ASSESSING EFFICACY OF TREATMENT OF THE CUSHIONING MEANS IN THE CARIES DENTIN

Saidova A.M., Kazhlaev Y.N.

Актуальность. Известно, что применяемые способы лечения глубокого кариеса направлены на предупреждение прогрессирования кариозного процесса с переходом в осложненнные формы, а также стимуляцию одонтобластической функции пульпы, направленной на образование заместительного дентинного мостика [1, 6, 7].

Зачастую материалы, предлагаемые для лечения этой патологии, не оказывают, как правило, выраженного минерализирующего эффекта, определяющего плотность дентина в надпульповой зоне. [4, 11].

Несмотря на значительный интерес к изучению изменений в твердых тканях и пульпе на стадиях дезинтеграции при глубоком кариесе и остром очаговом пульпите. Вместе с тем ряд вопросов, касающихся механизмов прогрессирования кариеса дентина (глубокого), в частности, соответствующего выбора препаратов в процессе лечения, на сегодняшний день изучены совершенно недостаточно [3,5,8,9]. Большая часть лекарственных препаратов, используемых в качестве лечебных прокладок, как правило, обладает однонаправленным действием и лишь небольшая доля – полипотентным воздействием на дентин и пульпу зуба [4, 10].

Наибольший интерес представляют препараты, стимулирующие дентиногенез и усиливающие минерализацию надпульпарного дентина [2, 11].

Резюме: Ряд вопросов, касающихся механизмов прогрессирования кариеса дентина (глубокого), в частности, и соответствующего выбора препаратов в процессе лечения, на сегодняшний день изучены совершенно недостаточно. Наибольший интерес представляют препараты, стимулирующие дентиногенез и усиливающие минерализацию надпульпарного дентина. Авторами разработан и обоснован объективный (с использованием цифрового мультиметра) способ дифференцированного выбора лечебно-прокладочных средств при различной активности кариеса зубов, основанный на изменениях электросопротивления надпульпарного дентина.

Ключевые слова: реминерализирующий эффект лечебных прокладок, плотность надпульпарного дентина, дифференцированный выбор прокладок,замер электросопротивления дна полости, фиксирующее устройство.

Abstract: Several issues relating to mechanisms of progression of caries in dentin (deep), in particular, the appropriate choice of drugs in the treatment process, studied to date is totally inadequate. The most interesting are drugs that stimulate dentinogenesis and increases the mineralization of dentin adultporno. The authors have developed and validated objective (using a DMM) method of differential choice of medical-cushioning means at the different activity of dental caries, based on changes of the electrical resistance Napolitano dentin.

Key words: remineralizing effect of therapeutic pads, the density Napolitano dentin, differentiated choice of spacers,the measurement of the electrical resistance of the bottom of the cavity, the locking device.

Цель исследования.Повысить эффективность лечения глубокого кариеса путем объективизации выбора лечебно-прокладочных средств, основанного на изменениях омических характеристик надпульпарного дентина.

Материал и методы исследования. Метод основан на определении и динамическом наблюдении разнонаправленных изменений омических характеристик исследуемого дна полости при применении разнообразных лечебно-прокладочных препаратов: после общепринятой оперативной и, соответствующей кариесу дентина (глубокому), щадящей антисептической обработки кариозной полости проводят замер электросопротивления в трех точках надпульпарной области с вычислением среднего значения (электрод в виде металлической скобы фиксируется на нижней губе (пассивный). Изолированный зонд, выполняющий роль активного электрода и снабженный прерывателем контакта в виде зафиксированной на ручке микрокнопки, контактируют к выбранным точкам путем включения в электрическую цепь нажатием прерывателя (микрокнопки). Фиксирующее устройство может быть представлено полифункциональными мультиметрами разнообразных конструкций и производителей как цифрового типа с функцией удержания min-max значений и возможностью вычисления средней (типа APPA-62, APPA-103, APPA-107, APPA-109N USB и др.) самый предпочтительный вариант, так и более бюджетного аналогово-стрелочного характера. По истечении выбранного срока после применения лечебно-прокладочного средства (7-10-12 дней) повязку удаляют и замеряют повторно электросопротивление постоянному току выбранных трех точек на дне кариозной полости с последующим вычислением средней арифметической, наряду с традиционными (объективными и субъективными) методами оценки клинической картины. При наличии реминерализирующего эффекта применяемых лечебных прокладок электросопротивление увеличивается в пределах от единиц до десятков килоом, объективно характеризуя реминерализирующий потенциал средств, используемых с этой целью в стоматологической практике при лечении кариеса дентина (глубокого).

Выраженность изменений (повышение, неизменность или понижение) электросопротивления прилежащего к пульпе дентина, вместе с субъективной соответствующей симптоматикой, коррелирует с соответствующей эффективностью используемых лечебно-прокладочных средств, дифференцируя и оптимизируя их выбор при лечении различных по интенсивности форм кариеса дентина. Более продолжительные наблюдения за эффективностью применяемых лечебно-прокладочных препаратов (в течение 1-12 месяцев) могут быть использованы в экспериментах с применением внедряемых в прокладочный материал электродов, что с еще более значимой объективностью позволит предопределить характер лечебных воздействий на состояние надпульпового дентина, его минеральную насыщенность и связанные с этим химико-механические характеристики для выбора наиболее приемлемого в конкретной ситуации варианта.

Выводы. Предложенный метод, основанный на объективной характеристике получаемого лечебного эффекта терапии глубокого кариеса, связанной с использованием цифровой аппаратуры, позволяет дифференцировать выбор лечебно-прокладочных средств при различной активности его клинического течения.

Литература

1. Воложин, А.И., Гречишников В.И. Повышение резистентности твердых тканей депульпированных зубов // Метод, рек. М., 1988.16 с.

2. Гиззатуллина Л.Л. Лечение глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита с использованием биоматериала Аллоплант: диссертация... кандидата медицинских наук :

Пермь, 2008. - 160 с.
3. Гречишников В.И. Характер и особенности валентных колебаний функциональных групп в органической структуре дентина в норме и патологии // Стоматология. -1989: № 5. С. 10-13.
4. Грохольский А.П., Кодола Н.А., Бургонский В.Г. Нетрадиционные методы лечения в стоматологии/ Киев; Здоровья.1995.376 с.
5. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний / В.И. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.Л. Просверяк // Минска, 1994. С. 137-170
6. Дмитриева JI.А., Бережной В.П., Бурда Г.К. Отдаленные результаты лечения глубокого кариеса // Современные научно-технические решения в медицинской реабилитации: Тез. докл. научно-практ. конф. медработников., Куйбышев. 1986. С.17-18.
7. Дмитриева JI.А., Елизова Л.А., Орлова Г.Г. Изменение проницаемости дентина для микроорганизмов при лечении кариеса// Стоматология. 1992.№ 3 С.21-23.
8. Елизова Л.А., Дмитриева Л.А. Изменение электропроводимости дентина при лечении кариеса // Стоматология. 2002.№ 2. С.30-33.
9. Звоникова Л.В. Определение элементного состава дентина зубов обезьян методом микрозондирования при пломбировании глубокой полости различными материалами // Стоматология. -1986.-№6. -С.20-22.
10. Иванова Г.Г., Торопов В.Н., Леонтьев В.К. Методические подходы к диагностике и определению эффективности лечения кариеса /Тр. ЦНИИС.1991с.19-24.
11. Уразова Р.З. Электрометрический метод оценки состояния тканей временных зубов / Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей.-Сб.н.тр. Казань,1990. т.72.с.78-82.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОРОПОТЕНЦИАЛОВ ПОЛОСТИ РТА

Р.Р. Магомедов - студент 5 курса стоматологического факультета, А.З. Фаталиева - ассистент, Ю.Н. Кажлаев
Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г.Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., доц. Ю.Н. Кажлаев

DIAGNOSTIC DEVICE FOR DETERMINING MICROPOTENTIALS MOUTH

Magomedov R.R., Fataliyeva A.Z., Kazhlaev YU.N.

Резюме. Для возникновения патологических биоэлектрических потенциалов имеет значение способность различных металлов и их сплавов к образованию гальванической пары. Изучение микротоков, особенно при использовании конструкций, содержащих различные металлические сплавы, широко применяемых в стоматологической практике, является актуальной проблемой стоматологии. Авторами разработана и апробирована электродная пара (в комплексе с цифровым фиксирующим устройством), позволяющая стандартизировать и объективизировать биопотенциалы полости рта при наличии или отсутствии различных стоматологических конструкций. Измерения величин электрогальванических биопотенциалов у 120 обследуемых в возрасте от 18 до 56 лет показали, что при отсутствии в полости рта металлических включений биопотенциал был распределен относительно равномерно по различным областям слизистой оболочки полости рта и составлял в среднем 69,15±15,86 мВ. Присутствие же разнородных металлов (2 и более) способствовало возникновению значительных биопотенциалов, как в прилежащих участках слизистой оболочки полости рта(189,56±26,35 мВ), так и в отдаленных от этих конструкций областях таковой (156,86±14,87 мВ).

Ключевые слова: биопотенциалы полости рта, гальванизм, электродная пара, регистрирующее цифровое устройство.

Abstract: For the emergence of pathological bioelectric potentials is the value of the ability of various metals and their alloys to the formation of a galvanic couple. The study of micro-especially when using structures containing different metal alloys used in dental practice is the actual problem in dentistry. The authors have developed and tested electrode pair (in combination with digital locking device), allowing to standardize and objectify the biopotentials mouth in the presence or absence of various dental structures. The measurements of the potentials of electroplated 120 surveyed aged 18 to

56 years showed that in the absence in the oral cavity of the metallic inclusions, the action potential was spread evenly on various regions of the mucous membrane of the oral cavity and averaged 69,15+of 15.86 MB. The presence of dissimilar metals (2 or more) contributed to the significant potentials, as in the adjacent areas of the mucosa of the oral cavity(189,56+26,35 MB) and in areas remote from these structures areas such (156,86+14,87 MB).

Key words: biopotentials of the mouth, galvanism, the electrode couple, recording the digital device.

Актуальность. По данным клинических исследований, так называемая «непереносимость» материалов зубных протезов, при наличии гальванических токов в полости рта, наблюдается в 15—48 % случаев [1-5, 8, 9]. Слюна служит проводником электрического тока, который возникает в результате превращения химической энергии окислительно-восстановительной реакции в электрическую. Термин «гальваноз» или «гальванизм» [7] используется в клинической стоматологии для определения комплекса патологических клинических симптомов, связанных с появлением в полости рта индуцированных гальванических токов при наличии металлических конструкций. Обычно он возникает при наличии 2 и более разнородных металлов, но может развиваться и при наличии единственного металлического включения. Для возникновения патологических биоэлектрических потенциалов имеет значение способность различных металлов и их сплавов к образованию гальванической пары, в связи с чем проводятся многочисленные исследования, направленные на изучение in vitro величины гальванических токов между металлами и сплавами, применяемыми в клинике современной стоматологии. В этой связи изучение микротоков, особенно при использовании конструкций, содержащих различные металлические сплавы, широко применяемых в стоматологической практике, является актуальной проблемой, приобретающей несомненное значение в профилактике и лечении патологических изменений слизистой оболочки полости рта и коррозии металлических конструкций.

Цель исследования: разработка диагностического устройства с цифровой фиксацией показателей для объективизации исследований электрохимических потенциалов полости рта.

Материал и исследования. Предлагаемая электродная пара [6] позволяет унифицировать и стандартизировать процесс определения гальванических токов полости рта за счет жесткой фиксации электродов на определенном удалении один от другого. С целью уменьшения поляризации электроды изготавливаются из платиновой проволоки диаметром 1 мм. Устройство представляет собой жесткий держатель из полимерного материала с зафиксированными на нем с помощью самотвердеющей пластмассы 2-мя электродами из платиновой проволоки, изолированными плотно по всей длине, за исключением кончиков (1мм) и изогнутыми по плоскости для удобства введения и контакта с измеряемыми областями слизистой оболочки полости рта. Роль прерывателя на электродах выполняет микрокнопка, зафиксированная на держателе. Регистрирующее устройство может быть представлено цифровым мультиметром (APPA 109N USB с возможностью удержания показаний и определения среднего значения, а также оснащенного интерфейсом с оптической развязкой (RS-232), обеспечивающим безопасное и легкое подключение к ПК, и более бюджетными вариантами регистрирующих приборов с функцией удержания показаний- APPA-62, APPA-103 и др.).

Принцип работы электродной пары заключается в следующем: при подключении устройства к измерительному прибору (цифровому мультиметру), путем нажатия на микрокнопку в условиях контакта электродов с различными участками слизистой оболочки, имеющиеся микротоки находят отражение на циферблате фиксирующего устройства в своем максимально/минимальном значении. Предлагаемое устройство просто в изготовлении, компактно, надежно, долговечно в эксплуатации и легко подвержено химическим способам обработки и стерилизации, принятым в клинике для изделий из полимерных материалов.

Результаты исследования. Проведенные измерения величин электрогальванических биопотенциалов у 120 обследуемых обоих полов в возрасте от 18 до 56 лет позволили установить, что при отсутствии в полости рта металлических ортопедических конструкций и пломб электрохимический потенциал был распределен относительно равномерно по различным областям слизистой оболочки полости рта и составлял в среднем 69,15±15,86 мВ. Присутствие же разнородных металлов (2 и более) способствовало возникновению значительных биопотенциалов как в прилежащих участках слизистой оболочки полости рта(189,56±26,35 мВ), так и в отдаленных от этих конструк-

ций областях таковой (156,86±14,87 мВ) .

Выводы. Полученные данные распределения электрохимических потенциалов в полости рта свидетельствуют об их значительных изменениях и прямой зависимости от наличия и качественного разнообразия металлических конструкций в полости рта, что, несомненно, чревато как неблагоприятной динамикой и низкой эффективностью лечения известных патологических гальванообусловленных заболеваний (лейкоплакия, красный плоский лишай, различные парестезии и др.), так и активацией электрокоррозионных процессов зубных протезов и имплантов, без необходимого исключения из патогенетического процесса влияния возрастающих величин биопотенциалов, присутствующих при указанных патологических состояниях. Это представляется принципиально важным для разработки новых подходов профилактик развития гальванизма и его последствий у пациентов с металлическими, как правило, многокомпонентными и химически разнородными конструкциями в полости рта. Иными словами, диагностика гальванического синдрома должна стать необходимой составляющей клинического ведения пациентов с конструкциями в полости рта, выполненными из разных металлов.

Литература:

1. Величко Л.С., Ящиковский Н.В. Профилактика и лечение пациентов с непереносимостью металлических протезов // Современная стоматология. – 2011. - № 1. – С.69-71.

2. Волкова В.А. Клинико-экспериментальное обоснование применения нового электрохимичекого покрытия на основе золота «КЭМЗ»: Дис... канд. мед. наук; Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н.А. Семашко. М., 2000. 109 с.

3. Гожая Л.Д. Аллергические и токсико-химические стоматиты, обусловленные материалами зубных протезов: Метод, пособие для врачей-стоматологовю М., 2000. 31 с.

4. Изабакаров Я.И. Влияние разнородных металлов (гальванического тока) на состояние костной ткани // Стоматология. 1993. № 2. С. 19-24.

5. Зайцева А.Т. Диагностика и лечение гальванизма в полости рта: Автореф.дис. ...канд.мед.наук. М.,2005.18с.

6. Кажлаев Ю.Н. Электродная пара для определения микротоков полости рта /Удостоверение на рацпредложение №99-1056 от 5.01.2000 г., выданное ДГМА.

7. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. и др. К вопросу о гальванических токах в тканях и жидкостях полости рта. Сб.н.тр.н.-п. конференции, посв.45-летию стом. фак-та ДГМА. Махачкала, 2010. С.40-47.

8. Лебедев К.А., Янушевич О.О., Митронин А.В. Сочетание высоких гальванических токов и очага воспаления – основная причина синдрома гальванизма Cathedra. 2012. № 42. С 30 – 38.

9. Понякина И.Д., Саган Л.Г., Лебедев К.А. Механизмы формирования и пути течения гальванических токов в тканях и жидкостях полости рта Dental forum. 2009. № 5. С. 22 - 27.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС УЧАЩИХСЯ ШКОЛЫ №1 Г. МАХАЧКАЛЫ

Д.А. Гаджиев, А.Н. Акавов, А.Ф. Алимирзоев –
студенты 5 курса стоматологического факультета
Кафедра стоматологии детского возраста
ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала
Научные руководители - к.м.н., доц. А.Р. Гаджиев и асс. Л.Г. Гасанова.

Профилактика стоматологических заболеваний является актуальной проблемой детской стоматологии. Для составления рациональной схемы профилактики стоматологических заболеваний в организованном детском коллективе необходим анализ ситуации, т.е. определение стоматологической заболеваемости данного контингента детского населения.

Цель исследования: изучение стоматологического статуса 12-летних (ключевая возрастная группа) учащихся школы №1 г. Махачкала.

Материал и методы исследования. Нами проведено стоматологическое обследование 152 школьников в возрасте 12-13 лет. Обследование проводилось по методике ЦНИИС с заполнением карты в условиях школьного стоматологического кабинета. Диагностику кариеса проводили с помощью зеркала и зонда. Интенсивность кариеса зубов оценивали по показателю

КПУз. Гигиенического состояние полости рта определяли по методике Грин-Вермильона с помощью индекса гигиены ИГР-У. Для этого раствором Шиллера - Писарева окрашивали вестибулярные поверхности зубов 16,11,26,31 и язычные поверхности зубов 36,46. Над- и поддесневые камни определяли на этих же зубах с помощью стоматологического зонда. Для определения состояния краевого пародонта использовали индекс РМА.

Результаты стоматологического обследования показали, что 133 школьника из общего числа обследованных детей имели пораженные кариесом постоянные зубы, что составляет 87,5% от общего числа обследованных. Средняя величина индекса КПУз у 12-летних детей составила 4,3, что по оценочным критериям ВОЗ соответствует среднему уровню интенсивности кариеса. Хронический катаральный гингивит выявлен у 58% обследованных учащихся. Значительная распространенность гингивита была тесно связана с состоянием гигиены полости рта, которая у большинства детей была неудовлетворительная. 62% учащихся нуждались в обучении правилам гигиены полости рта и 24% в проведении профессиональной гигиены. Нарушение сроков прорезывания зубов не выявлено. Различные виды зубочелюстных аномалий имели 48,7% обследованных.

Несмотря на то, что СМИ (средства массовой информации) достаточно широко освещают и пропагандируют методы и средства профилактики стоматологических заболеваний, собеседование с учащимися показало недостаточный уровень информированности их по этим вопросам.

Выводы.

Результаты обследования свидетельствуют о необходимости проведения профилактических мер в отношении кариеса и болезней пародонта в данном коллективе. При планировании программы профилактики необходимо включить в первую очередь стоматологическое просвещение, обучение учащихся методам гигиены полости рта, контролируемую чистку зубов с применением фторсодержащих зубных паст, очищение межзубных промежутков зубными нитями и профессиональную гигиену.

Полученные данные могут быть использованы как базовые для оценки эффективности намеченных профилактических мероприятий в школе №1 через определенный промежуток времени.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДИМОСТИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ МЕЖЗУБНЫХ СОСОЧКОВ ВО ВРЕМЯ УЛЫБКИ. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЫСОКОЙ, СРЕДНЕЙ И НИЗКОЙ УЛЫБКИ

Г.М.-А. Будайчиев– клинический ординатор, Т.А. Абакаров
Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., доц. Т.А. Абакаров.

Актуальность. Определяющим критерием восприятия улыбки является разное положение губ, которое влияет на высоту улыбки, а также визуальная видимость или недостаточность видимости межзубных сосочков [1,2]. Именно эти компоненты эстетики улыбки являются важными в диагностике и планировании ортопедического стоматологического лечения пациентов [3]. Поскольку даже идеальное восстановление зубных рядов может не всегда удачным из-за не гармоничного вида десен в момент искренней улыбки [4].

Цель исследования. Определить частоту визуально видимого размещения межзубных сосочков в момент искренней улыбки и установить частоту обнаружения высокой, средней и низкой улыбки у исследуемой группы людей.

Материал и методы исследования. В обследуемую группу вошло 50 студентов стоматологического факультета в возрасте от 17 до 22 лет. Объектом изучения служили фотографии, сделанные в трех состояниях (в состоянии покоя, вынужденной улыбки и искренней улыбки). Всего было получено 250 фотографий. Для фотосъемки использовались фотоаппарат Canon EOS 750D и помещения с надлежащим освещением. Используя фотографии, у всех обследуемых изучалась пропорциональность видимости межзубного сосочка центральных резцов путем

соотношения длины межзубного сосочка до длины клинической коронки зуба от десневого зенита до режущего края. Также устанавливалась частота встречаемости высокого, среднего и низких улыбок среди обследуемой группы.

Результаты. Было установлено, что у 11 (22%) обследованных была сохранена пропорция межзубного сосочка центральных резцов, в то время как у 30 (60%) исследуемая пропорция была ниже нормы, а у 9 (18%) выше. Анализируя высоту улыбки у данной группы людей, установлено следующее процентное соотношение средней, высокой, низкой улыбки 26(52%). Из 35 женщин средняя улыбка встречалась у 20(57,1%), высокая только у 2(5,7%), а низкая у 13(37,1%) женщин. Зато из 15 мужчин среднюю улыбку имели 6(40%), высокую 4(26,6%), низкую 13(37,1%).

Вывод. В исследуемой группе чаще встречалась средняя улыбка - 52%, далее низкая - 36% и высокая - 12%. Наиболее гармоничная пропорция межзубного сосочка центральных резцов наблюдалась у 22% обследованных людей.

Литература.

1.McLaren E. A. Smile analysis / E. A. McLaren, L. Culp//J. Cosmetic Dent. -2013. – No1. - P. 94-108.

2.Hochman M. N. Maxillary Anterior Papilla Display During Smiling: A Clinical Study of the Interdental Smile Line/ M. N. Hochman, S. J. Chu, D. P. Tarnow // The Int. J. of Periodont. and Restorative Dent. – 2012. - No4. – P. 375-383.

3.Fradeani M. Esthetic reha- bilitation in fixed prosthodontics, Esthetic analysis/ Mauro Fradeani // 2007. – P. 54-59.

4.Nold S. L. Analysis of Select Facial and Dental Esthetic Parameters/ S. L. Nold, S. D. Horvath, S. Stampf, M. B. Blatz// The Int. J. of Periodont. and Restorative Dent. – 2014. -No5. – P.623-629.

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦЕЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ш.Р. Махмудов – молодой ученый, Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.М. Аталаев

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - к.б.н., доц. М.М. Аталаев

Актуальность. В современных условиях стоматология как наука развивается динамично и спектр ее клинических услуг достаточно широкий. На сегодня одним из передовых методов лечения стоматологических патологий различной этиологии, связанных с потерей зубов, является дентальная имплантация.

Известно, что состояние слизистой оболочки полости рта (СОПР) является индикатором проявлений как внешних, так и внутренних факторов различных заболеваний органов и систем, и особое место среди ее поражений занимает герпетическая инфекция (ГИ), которая сопровождается нарушением ретикулоэндотелиальной и нервной систем, отсутствием или угнетением специфических и неспецифических факторов иммунитета. Последние десятилетия отмечены манифестацией системной соматической патологии в связи с ростом числа больных, страдающих хроническими аутоиммунными и инфекционными заболеваниями. Аутоиммунные заболевания это заболевания, связанные с нарушением функционирования иммунной системы человека, которая начинает воспринимать ткани, как чужеродные, и повреждать их. Подобные заболевания еще называют системными, ведь, как правило, поражается целая система или даже весь организм. Причины аутоиммунных заболеваний изучены недостаточно, но существующие сведения позволяют разделить их на внешние и внутренние. Внешние причины это в основном возбудители инфекционных заболеваний или физическое воздействие. Внутренние причины это, в первую очередь, генные мутации, передающиеся по наследству. Аутоиммунные заболевания поражают 5-7% населения земного шара, чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, и, как правило, в молодом возрасте. В условиях вторичной адентии наблюдается обострение сис-

темной хронической патологии (ВП) и заболеваний пародонта, что в свою очередь приводит к их росту, а ВП снижает эффективность реконструктивных стоматологических операций и ее наличие является противопоказанием для дентальной имплантации как фактор вероятности обострения соматических заболеваний, развития после операционных осложнений. Поэтому профилактика и лечение ВП неотъемлемые части при подготовке пациентов с ГИ перед проведением дентальной имплантации.

Цель исследования: Целью является определение состояния клеточного и гуморального звеньев местного иммунитета у пациентов, которые являются носителями вирусной герпесной инфекции в условиях планируемой дентальной имплантации.

Материал и методы исследования. Для иммунологических исследований использовали ротовую жидкость и периферическую кровь 70 пациентов обеих групп с ХГИ при их первичном обращении до назначения лечения. В качестве группы для сравнения использовали такие же показатели 32 здоровых лиц (контроль).

Результаты. В результате наших исследований установлено, что в общем анализе крови у пациентов с хроническим герпетическим стоматитом имеет место лейкопения, лимфомоноцитоз различной степени выраженности. При исследовании ротовой жидкости пациентов отмечали снижение содержания CD4-лимфоцитов и CD3-лимфоцитов и в процентном, и в абсолютном значении. Уровень CD8-лимфоцитов, наоборот, превышал физиологические показатели в 1,3 раза в относительном, и в 1,4 раза в абсолютном значении. Такие изменения способствовали значительному уменьшению показателя иммунорегуляторного индекса (CD4 / CD8), что свидетельствует о недостаточной активность иммунологического ответа. Также наблюдалось значительное снижение маркеров естественных киллеров - CD16 + - и CD56 + -клеток. Известно, что активность клеточного и гуморального звеньев иммунитета можно оценить по эффективности и типу иммунного реагирования на различные инфекционные агенты. При этом адекватный иммунный ответ обеспечивает элиминацию патогена, в т. ч., вируса простого герпеса 1/2 типа, а недостаточная интенсивность иммунного ответа способствует персистенции вирусной инфекции. Ключевая роль в иммунном ответе принадлежит Th клеткам, несущим маркеры CD4, стимулирующих проекцию антител В-лимфоцитами и активирующим CD8-клетки, специфические для вируса-инфицированных клеток. Пролиферация CD4-лимфоцитов сопровождается продукцией цитокинов, которые участвуют в формировании антигенспецифических клеток, (Th1) и гуморального (Th2) иммунного ответа. CD8-цитотоксические Т-лимфоциты распознают антигены на клеточной поверхности в комплексе с молекулами главного комплекса гистосовместимости i класса. CD8-лимфоциты также могут оказывать повреждающее воздействие на различные клетки организма человека.

Вывод. На наш взгляд, полученные данные свидетельствуют о нарушении субпопуляционного состава лимфоцитов, развитии иммунной недостаточности у пациентов с хронической герпетической инфекцией, что может способствовать нарушению целостности мембран клеток слизистой оболочки полости рта и определять необходимость проведения иммунокорригирующей терапии.

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА ПРИ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ И ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

А.Н. Акавов, Д.А. Гаджиев – студенты 5 курса стоматологического факультета
Кафедра стоматологии детского возраста
ФГБО ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., доц. А.Р. Гаджиев.

Одним из важнейших этапов нормального физиологического развития ребенка является появление у него зубов. Срок прорезывания зубов у всех малышей разный. К нарушению в развитии и прорезывании зубов (НРПЗ) могут привести болезни, перенесенные в детском возрасте в период образования эмали и дентина.

К основным НРПЗ относятся адентия и ретенция. В уже сформировавшейся челюсти может отсутствовать один или несколько зубов (частичная адентия). Местные причины могут способствовать задержке прорезывания зуба (сверхкомплектные зубы и др.). Сверхкомплектные зубы чаще располагаются в передних отделах челюсти, преимущественно в сменном и постоянном прикусе. Причина адентии нарушение формирования зубных зачатков еще во внут-

риутробной жизни под влиянием различных внутренних и внешних факторов.

Причиной ретенции может быть преждевременное удаление клыка молочного зуба и заполнение освободившейся в челюсти лунки непостоянным клыком, а соседним постоянным зубом, например, первым малым коренным, прорезывающимся, как правило, несколько раньше клыка. Ретенция возможна также в результате неправильного положения в челюсти развивающегося постоянного зуба.

В отдельных случаях можно встретиться с ранним прорезыванием зубов, когда ребенок рождается с уже прорезавшимися молочными зубами. Значительно чаще наблюдаются случаи позднего прорезывания. Сроки прорезывания молочных и постоянных зубов в зависимости от общего состояния ребенка могут сдвигаться в ту или иную сторону. Различают преждевременное (раннее) и запоздалое прорезывание зубов. Преждевременное прорезывание зубов следует объяснить индивидуальными особенностями человека. Часто рано прорезавшиеся зубы легче подвергаются кариозному процессу. Причины запоздалого прорезывания зубов: рахит и другие нарушения кальциево-фосфорного обмена; снижение активности желез внутренней секреции (гипотиреоз); нарушения переваривания и всасывания питательных веществ; тяжелые нарушения питания; хронические инфекции; наследственные нарушения обмена минералов и заболевания костно-хрящевой ткани; семейная особенность.

Слишком раннее или позднее появление зубов может быть определено наследственностью. Процессы прорезывания зубов вследствие воздействия внешних и внутренних факторов могут нарушаться. Вследствие данного нарушения возникают аномалии прорезывания зубов (преждевременное и запоздалое прорезывание). Крайней степенью задержки физиологической смены зубов является их ретенция. Как уже упоминалось выше прорезывание зубов процесс индивидуальный, и поэтому к аномалиям прорезывания зубов отнесены только крайние отличия от физиологических [В.И. Куцевляка]

Цель исследования: изучение обращаемости жителей Дагестана по поводу НРПЗ для совершенствования оказания стоматологической помощи населения в зависимости от возраста и пола.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 1608 случаев обращения жителей Дагестана в медицинские учреждения в марте 2010 года в связи с НРПЗ (табл. 1).

Таблица 1.

Число обращений к стоматологу по поводу нарушений развития и прорезывания зубов

Возраст, лет	Пол		Оба пола
	Мужской	Женский	
0-4	53	47	100
5-9	298	263	561
10-14	225	216	441
15-19	50	99	149
20-29	8	185	193
30-39	9	84	93
40+	27	44	71
Итого	670	938	1608

Для определения разницы долей в % использован z-критерий после фи-преобразования с поправкой Йейтса.

Результаты исследования. В основном обращается население Дагестана по поводу НРПЗ к врачу-стоматологу в возрасте от 5 до 14 лет. В остальные возрастные группы (до 5 лет и старше 14 лет) обращаются за медицинской помощью при НРПЗ значительно реже (рис. 1).

Рис. 1. Частота обращений различных возрастных групп населения Дагестана по поводу нарушений развития и прорезывания зубов. * P <0,05 по сравнению с возрастом 0-4 и старше 14 лет.

Следует отметить, что частота обращений по поводу НРПЗ мальчиков и юношей от 5 до 14 лет достоверно выше, чем в других возрастах. Разница между частотой обращений девочек 5-14 лет и женщин 20-29 лет не существенная. Настороженность женского населения по отношению к НРПЗ начинается с 5-летнего возраста и продолжается до 40-летнего возраста (табл. 2).

Таблица 2.

Возрастная структура обращаемости населения Дагестана в связи с нарушениями развития и прорезывания зубов

Возраст, лет	Мужское население	P*	Женское население	P*
0-4	7,9	<0,001	5,0	<0,001
5-9	44,5		28,0	
10-14	33,6		23,0	
15-19	7,5	<0,001	10,6	<0,001
20-29	1,2	<0,001	19,7	0,093
30-39	1,3	<0,001	9,0	<0,001
40+	4,0	<0,001	4,7	<0,001
Итого	100,0		100,0	

Примечание. * - P по сравнению с возрастом 5-14 лет.

Частота обращений в связи с НРПЗ достоверно выше у женского населения, чем у мужского (z = 9,41; P <0,001) (рис. 2).

Рис. 2. Частота обращений мужского и женского населения Дагестана по поводу нарушений развития и прорезывания зубов.

Наблюдаются гендерные особенности частоты обращения по поводу НРПЗ среди различных возрастных групп населения Дагестана. Итак, разница частоты обращений между мужским и женским населением незначительная в возрасте 0-4 и 10-14 лет, а в возрасте 5-9 лет мальчики обращаются чаще, чем девочки. В возрасте 15 лет и старше значительно повышается частота обращений женского населения по сравнению с мужским (табл. 3).

Таблица 3.

Гендерная структура обращаемости населения Дагестана в связи с нарушениями развития и прорезывания зубов

Возрастная группа, лет	Пол		P
	Мужской	Женский	
0-4	53,0	47,0	0,547
5-9	53,1	46,9	0,044
10-14	51,0	49,0	0,578
15-19	33,6	66,4	0,005
20-29	4,1	95,9	<0,001
30-39	9,7	90,3	<0,001
40+	38,0	62,0	0,008

Структура обращаемости по поводу НРПЗ мужского и женского населения Дагестана несколько отличается друг от друга. Так, неуточненные НРПЗ в структуре обращаемости женского населения составляют 66,3%, а у мужского населения – 53,2%. Среди уточненных диагнозов значится синдром прорезывания зубов у трети мужского населения и у четверти женского населения. Аномалии зубов в основном наблюдаются у женского населения, при этом данная патология зубов отмечена у 5 человек, что требует увеличения периода наблюдения, чтобы доказать влияние пола на развитие наследственных нарушений структуры зуба (табл. 4).

Таблица 4.

Нозологическая структура обращаемости мужского и женского населения Дагестана в связи с нарушениями развития и прорезывания зубов

Вид нарушения	Код по МКБ-10	Пол		
		Мужской	Женский	Оба пола
Нарушения развития и прорезывания зубов	K00	33,6	19,8	25,6
Адентия	K00.0	1,3	0,6	0,9

Сверхкомплектные зубы	К00.1	0,7	0,0	0,3
Аномалия размеров и формы зубов	К00.2	0,0	0,2	0,1
Другие наследственные нарушения структуры зубов	К00.5	0,0	0,3	0,2
Нарушения прорезывания зубов	К00.6	9,7	5,1	7,0
Синдром прорезывания зубов	К00.7	32,2	24,0	27,4
Другие нарушения развития зубов	К00.8	2,8	3,4	3,2
Нарушение развития зубов неуточненное	К00.9	19,6	46,5	35,3
Итого		100,0	100,0	100,0

При каждом НРПЗ отмечаются возрастные особенности обращаемости населения. Нарушения прорезывания зубов характерны для детей в возрасте от 5 до 14 лет, а синдром прорезывания зубов отмечается в основном у детей до 15 лет (табл. 5).

Таблица 5.

Возрастная структура обращаемости населения Дагестана при различных нарушениях развития и прорезывания зубов

Группа болезней	Код по МКБ-10	Возрастная группа, лет						
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40+
Нарушения развития и прорезывания зубов	К00	8,3	41,1	45,3	3,4	0,5	0,0	1,5
Нарушения прорезывания зубов	К00.6	0,0	69,0	31,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Синдром прорезывания зубов	К00.7	11,6	63,3	23,4	0,9	0,0	0,9	0,0
Другие нарушения развития зубов	К00.8	5,9	52,9	17,6	7,8	3,9	0,0	11,8
Нарушение развития зубов неуточненное	К00.9	1,4	1,1	19,0	22,4	32,8	15,7	7,6
Все нарушения		6,2	34,9	27,4	9,3	12,0	5,8	4,4

Наиболее частыми причинами, обусловливающими индивидуальные колебания в прорезывании зубов, являются наследственность (генотип) и средовые факторы (естественные и социальные, особенности индивидуального развития, общесоматическая патология, местные факторы). Из этой группы факторов можно выделить влияние уровня физического развития ребенка, его конституции, а также биологического возраста. Среди полидентов-мальчиков чаще встречались астеники (30%), среди полидентов-девочек — пикники (25%); 26% олигодентов-мальчиков являлись нормостениками, а среди девочек отмечено практически равномерное (10–20%) распределение всех трех соматотипов. Нормоденты в различных возрастно-половых группах составляют от 60 до 90% (Полосухина Е.Н., 2009).

Для совершенствования оказания стоматологической помощи населению рекомендуется учитывать половозрастные особенности пациентов обращающихся по поводу НРПЗ.

Выводы

- Обращаемость населения Дагестана по поводу НРПЗ к врачу-стоматологу значительно выше в возрасте от 5 до 14 лет по сравнению с возрастами до 5 лет и старше 14 лет.
- Женское население характеризуется достоверно большей настороженностью по отношению к НРПЗ, особенно в возрасте с 5 до 40 лет.
- Анализ гендерных особенностей обращаемости по поводу НРПЗ среди различных возрастных групп населения Дагестана показал, что в возрасте 5-9 лет мальчики общаются чаще, чем девочки, а в возрасте 15 лет и старше обращаемость женского населения значительно выше.
- Синдром прорезывания зубов отмечен у трети мужского населения и у четверти женского населения, аномалии зубов в основном наблюдаются у женского населения, а неуточненные НРПЗ в структуре обращаемости женского населения составляют 66,3%, а у мужского населения – 53,2%.
- Анализ возрастной структуры обращаемости показал, что нарушения прорезывания зубов характерны для детей в возрасте от 5 до 14 лет, а синдром прорезывания зубов отмечается в основном у детей до 15 лет.

Литература

• Куцевляка В.И. Нарушение прорезывания зубов. URL: http://medbe.ru/ materials/ortodontiya/narushenie-prorezyvaniya-zubov/ (дата обращения 03.03.2017).

• Полосухина Е.Н., Китаева В.Н. Прорезывание постоянных зубов и его связь с особенностями индивидуального развития // Морфология. 2009. Т. 136, № 4. С. 115-116.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Э.Д. Шихнабиева – к.м.н., ассистент

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - к.м.н., проф. А.И. Абдурахманов.

Актуальность. На сегодняшний день диагностика и лечение заболеваний пародонта является серьезной общемедицинской проблемой. Это обусловлено высокой распространённостью, интенсивностью течения процесса, последующим формированием хронического одонтогенного очага инфекции, потерей зубов в молодом возрасте и неблагоприятным его влиянием на организм [1, 5]. Без полноценного комплексного лечения очаги хронической инфекции снижают функциональные возможности зубочелюстной системы и тем самым ухудшают качество жизни [5, 7]. Научные данные подтверждают, что воспаление тканей пародонта, выступая очагом хронической интоксикации, ухудшает состояние всего организма в целом [3]. С учетом вышеизложенного, проблема повышения результативности диагностики, профилактики и лечения, в частности начальных форм заболеваний пародонта, остается актуальной.

Основной задачей при лечении пародонта является не только снятие воспаления, но и укрепление всех составляющих тканей пародонта. В течение длительного периода времени повсеместно применялись методы антибактериальной терапии и остеостимулирующие препараты в качестве курса местной терапии (аппликации и инъекции) [4]. Однако эти методы не показали достаточную эффективность и безопасность. В связи с чем приобретает актуальной разработка и освоение новых способов и методов диагностики, профилактики и лечения воспалительных процессов пародонта. На сегодняшний день к числу таких методов можно относить инъекционный метод с использованием плазмы, полученной из собственной крови пациента, – тромбоцитарной аутоплазмы, с оригинальным названием Plasmolifting™ [2, 5]. Аутоплазма, обогащенная тромбоцитами, активирует образование эпителиальных (эпидермиса и слизистых), мышечных и соединительных тканей (хрящевая, костная, волокнистая). Содержащие в ней в высокой концентрации и естественной комбинации первичные, вторичные и третичные факторы роста, обеспечивая синергизм восстановительных реакций организма, влияют на все стадии регенерации одновременно [5, 6]. Применение данной аутоплазмы исключает также возможность инфицирования и аллергических реакций.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения инъекционной формы тромбоцитарной аутоплазмы в комплексной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 84 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести с давностью заболевания до 5 лет.

Все пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты I группы (основная группа) – 56 человек (32 мужчин и 24 женщины, возраст от 38 до 50 лет) получали инъекционную форму тромбоцитарной аутоплазмы в комплексной терапии, пациенты II группы (группа сравнения) – 28 человек (15 мужчин и 13 женщин, возраст от 32 до 50 лет) - традиционную комплексную терапию, которая включала в себя: профессиональную гигиену полости рта – снятие зубных отложений с использованием ультразвукового аппарата, с последующим полированием поверхности зубов полировочными средствами, обучение и контроль гигиены полости рта; обра-

ботку ручными инструментами – закрытый кюретаж пародонтальных карманов, а также противовоспалительная медикаментозная терапия: препарат «Метрогилдента-гель» в виде аппликаций в течение 7 дней 2 раза в сутки по 10 мин. В завершении больным основной группы, с целью улучшения процессов регенерации, проводились инъекции с использованием тромбоцитарной аутоплазмы.

Тромбоцитарную аутоплазму получали с помощью центрифуги EBA20 производства Andreas Hettich GmbH&Co, Германия (регистрационное удостоверение ФС №2009/04309 метод Плазмолифтинг; авторы Р.Р. Ахмеров, Р.Ф. Зарудий). Препарат вводился в область переходной складки 0,5 мл на 1-2 зуба (процедура повторялась дважды, в одну и ту же зону с перерывом в 7-10 дней). Все больные отмечали хорошую переносимость препарата. Ни в одном случае не отмечалось каких-либо побочных эффектов.

Клиническое обследование включало в себя: осмотр, определение глубины пародонтальных карманов, индексную оценку состояния тканей пародонта (определение индекса кровоточивости десневой борозды (по Мюллеману), пародонтального индекса (ПИ) по Russel, степени кровоточивости десны по Muhlemann H.P. (ИК) и рентгенологическое обследование. Все индексы регистрировались в день первого посещения, после проведенного комплексного лечения до введения тромбоплазмы, после введения тромбоплазмы через 2 недели и через 3 месяца.

Для статистической обработки данных использовались статистические пакеты БИОСТАТ. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты исследования. При первичном осмотре у больных обеих групп уровень гигиены полости рта оценивался как неудовлетворительный или плохой. После проведенного комплексного лечения заметно купировалась активность патологического процесса, что выражалось в уменьшении воспалительной реакции, индекс кровоточивости снизился достоверно ($P<0,05$) от исходных значений в обеих группах: до $1,1\pm0,19$ усл. ед. в основной группе и до $1,17\pm0,24$ усл. ед. в контрольной. Динамика ПИ была следующей: после проведения профессиональной гигиены и комплексного лечения он снизился достоверно в обеих группах: до $1,25\pm0,49$ усл. ед. в основной группе и до $1,27\pm0,41$ усл. ед. в контрольной группе.

Клиническая картина через 2 недели после плазмодента в контрольной группе существенно не изменилась, а в основной группе наблюдалась полная нормализация состояния тканей пародонта: десна бледно-розового цвета, плотно охватывала шейки зубов, безболезненна, подвижность зубов значительно уменьшилась или отсутствовала вовсе. Отмечалось более выраженное снижение показателя кровоточивости в основной группе до $0,27\pm0,12$ усл.ед., а через 3 месяца до $0,11\pm0,07$ усл. ед., в контрольной группе показатель кровоточивости через 2 недели также снизился, но не так выраженно, как в основной группе, до $0,93\pm0,32$ усл. ед., затем через 3 месяца оставался почти на том же уровне - $0,96\pm0,30$ усл. ед.

После плазмодента через 2 недели индекс ПИ в основной группе снизился до $1,02\pm0,38$ усл. ед. и особо не изменился в контрольной группе – $1,55\pm0,40$ усл. ед. В динамике через 3 месяца индекс ПИ в основной группе снизился более выраженно и достоверно – $0,6\pm0,15$ усл. ед., в контрольной группе значительно не изменился и составил $1,25\pm0,36$ усл. ед. В основной группе наблюдалась стойкая стабилизация процесса в 74,6 % случаев.

Таким образом, результаты клинических показателей и оценка пародонтальных индексов подтверждают эффективность применения тромбоцитарной аутоплазмы в комплексном лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени.

Вывод. Применение плазмодента в комплексной терапии пародонтита легкой степени, по сравнению с традиционным методом, приводит к выраженному противовоспалительному эффекту, о чем свидетельствуют снижение значений пародонтальных индексов и более длительная ремиссия заболевания.

Литература.

• Аболмасов Н.Г. Современные представления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта // Российский стоматологический журнал. 2009. № 5. С. 26-32.

• Ахмеров Р.Р., Зарудий Р.Ф., Махмутова А.Ф., Ханин Е.Ю. Аутоплазма в лечении возрастной атрофии кожи // Натуротерапия и гомеотерапия. 2006. № 1 (8). С. 38-41.

• Горбачева И.А. Связь заболеваний внутренних органов и полости рта // Пародонтоло-

гия. 2009. № 3 (52). С. 3-7.
• Карданова Л.В., Тхазаплижева М.Т., Балкаров А.О. Некоторые аспекты местного лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6; URL: www.science-education.ru/120-15777.
• Махмутова А.Ф. Эффективность комплексного восстановительного лечения больных воспалительными заболеваниями пародонта: Автореф. дисс…. канд. мед. наук. М., 2009. 20 с.
• Янушевич О.О. Заболевания пародонта. М., 2010. 168 с.
• Фабрикант Е. Г. Динамика изменения качества жизни при лечении хронического генерализованного пародонтита Институт Стоматологии. 2008. № 4 (41). С. 78-79.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОФИСНОГО И ЭНДОКАНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ

Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор,
Г.М. Курбанова – студентка 5 курса стоматологического факультета
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г Махачкала.
Научный руководитель - к.м.н., доц. С.Х. Курбанова.

Актуальность. Красивая улыбка является символом успешности и здоровья. Эстетика в зоне улыбки фактор, на который обращают внимание как пациенты, так и врачи. С развитием стоматологии эстетические требования пациентов повысились. Отбеливание наиболее консервативный, простой и недорогой метод вмешательства, который даёт возможность сохранить большое количество тканей зубов. Данная процедура может быть внутренней (в пределах полости зуба) либо наружной (со стороны поверхности эмали). Перед попыткой устранения дисколорита необходимо провести диагностику определить причину и локализацию дисколорита; составить план лечения выбрать методику внутриканального или наружного отбеливания; оценить прогноз ближайших и отдалённых результатов.

Причины дисколорита. Дисколориты возникают в процессе развития либо после формирования эмали и дентина. Зачастую они являются результатом стоматологических вмешательств (ятрогенный фактор).

1.Приобретенные дисколориты. Некроз пульпы.

Бактериальное, механическое или химическое раздражение пульпы может приводить к ее некрозу. В результате возникают вещества, образующиеся в процессе распада тканей. Эти окрашенные соединения проникают в дентинные канальцы, изменяя оттенок дентина. Степень дисколорита напрямую зависит от того, насколько долго пульпа находилась в состоянии некроза. Этот тип дисколорита может быть осветлен путём внутриканального отбеливания с хорошими результатами в ближайших и отдаленных сроках наблюдения [1].

2.Внутрипульпарная геморрагия.

В основном внутрипульпарная геморрагия ассоциирована с травмой, что приводит к разрушению кровеносных сосудов пульпы, кровоизлиянию и лизису эритроцитов. Предположительно, побочные продукты разрушения эритроцитов, в основном сульфиты железа, проникают в дентинные канальцы, вызывая окрашивание твёрдых тканей. Окрашивание при этом имеет тенденцию усиления. При некрозе пульпы изменение оттенка сохраняется. Если пульпа сохраняет жизнеспособность, дисколорит может устраняться и оттенок зуба восстанавливается. Иногда у пациентов молодого возраста дисколорит сохраняется, несмотря на то, что пульпа реагирует на тесты витальности.

3. Кальцификация

Кальцификация избыточное формирование третичного (иррегулярного вторичного) дентина в пределах полости зуба и стенок корневого канала.

4. Обтурационные материалы это наиболее частая причина возникновения дисколоритов зубов. Неполное удаление материалов из полости зуба зачастую приводит к его потемнению [2].

5. Внутриканальные медикаменты

Некоторые медикаменты могут приводить к изменению оттенка дентина. Феноло- и йодоформсодержащие внутриканальные медикаменты, продолжительное время находящиеся в непосредственном контакте с дентином, глубоко проникают в твёрдые ткани зуба и подвергаются окислению. Эти составляющие имеют тенденцию к окрашиванию дентина [3].

Цель исследования: проверка эффективности использования методов офисного и эндоканального отбеливания зубов.

Материал и методы исследования. Существует две техники отбеливания: офисная техника и техника эндоканального отбеливания [4]. Офисное отбеливание (ОО) проводилось у группы пациентов (20 чел.) с использованием галогеновой лампы beyond polus с нанесением геля beyond, эндоканальное отбеливание (ЭО) проводилось у группы пациентов (20 чел.) с использованием отбеливающей пасты на основе пербората натрия с последующим внесением последней эндоканально. Пациентам группы ЭО через 3 недели процедура назначалась повторно.

Результаты исследования. В ходе проведённого исследования были получены следующие результаты (рис.1): эффект от проведённого лечения достигнут в обеих группах, хотя следует отметить, что в группе, где проводилось эндоканальное отбеливание, результаты относительно лучше. В группе пациентов офисного отбеливания (ОО) значительный результат достигнут у 14-ти пациентов (на 2 тона по шкале ВИТА/VITA). У 4-х пациентов этой же группы результат 1 тон по шкале ВИТА/VITA. У 2-х пациентов изменений нет. В группе эндоканального отбеливания (ЭО) у 15-ти пациентов нами получен положительный результат (осветление на 2 тона по шкале ВИТА/VITA). У 3-х пациентов результат проводимого отбеливания был наиболее результативным (осветление на 3 тона по шкале ВИТА/VITA). У 2-х пациентов отбеливающий эффект на 1 тон по шкале ВИТА/VITA.

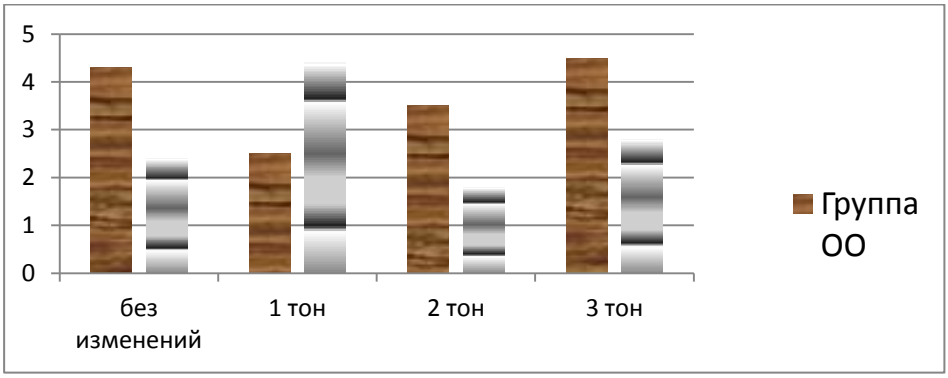


Рис. 1 Результаты внутриканального отбеливания

Выводы. Таким образом, устранение дисколоритов можно достичь как офисным отбеливанием (ОО), так и эндоканальным отбеливанием (ЭО). При этом следует отметить, что офисное отбеливание (ОО) сравнительно быстрый результат. Эндоканальное отбеливание (ЭО) эффект может быть более результативным при условии длительного лечения.

Следует отметить, что после применения при офисном отбеливании термокаталитической техники внесение 30-35% р-ра перекиси водорода в полость зуба на ватном шарике с последующим 2 минутным облучением ультрафиолета по вестибулярной поверхности зуба - существует риск перегрева тканей зуба. Поэтому предпочтительнее использование техники с инфракрасным фильтром beyond polus является таковым, т.к. имеет в наличии инфракрасный фильтр.

При эндоканальном отбеливании необходимо учитывать обязательное использование барьера во избежание цервикальной резорбции.

Литература

• Al-Nazhan S. External root resorption after bleaching: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1991. - 72: P.607-609.

• Rotstein I., Walton R. Bleaching discolored teeth: internal and external. In: Walton R.E., Torabinejad M., editors. Principles and practice of endodontics, ed 3. Philadelphia: Saunders: 2002: P.405.

• Rotstein I., Zalkind M., Mor C. et al. In vitro efficacy of sodium perborate preparations used for intracoronal bleaching of discolored non-vital teeth. Endod Dent Traumatol. 1991;7: P.177.

• Parsons J.R., Walton R.E., Ricks-Williamson L. In vitro longitudinal assessment of coronal

discoloration from endodontic sealers. J Endod. 2001; 27: P.699.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ 4-5 КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДГМУ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, З.К. Махмудова – ассистент, Р.Т. Кафаров - ассистент

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г Махачкала
Научный руководитель - асс. З.К. Махмудова

Актуальность. Стоматологическое здоровье различных социальных групп является объектом многочисленных исследований. Оно непосредственно влияет на возможность полноценно питаться, общаться, реализовывать различные социальные функции. В настоящее время стоматологическое здоровье можно расценивать как важный показатель социальной успешности человека. В последние годы все больше и больше внимания уделяется профилактике стоматологических заболеваний, своевременной диагностике, комплексному планированию стоматологического лечения, а также реабилитации.

Цель исследования: изучение стоматологического статуса студентов 4-5 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России.

Материал и методы исследования. Исследование стоматологического статуса студентов 4-5 курса стоматологического факультета проводилось в 2015-2016 гг. На кафедре терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России. За этот период было осмотрено 120 человек (60 на 4 курсе, 60 на 5 курсе) в возрасте от 19 до 22 лет. Всем студентам проводилось комплексное стоматологическое обследование, сбор анамнеза (определение жалоб, анамнеза жизни, анамнеза выявленного заболевания), внешний осмотр, осмотр ротовой полости, выявление аномалий прикуса, патологий слизистых оболочек ротовой полости. В процессе профилактического осмотра были определены стоматологические индексы: индекс интенсивности кариеса зубов КПУ(з), упрощенный индекс гигиены OHI-S, индекс РМА. По результатам стоматологического профилактического осмотра проводился подбор методов и средств гигиены полости рта, обучение индивидуальной гигиене, нуждающиеся направлялись на лечение в отделения Республиканской стоматологической поликлиники им. М.М. Максудова..

Результаты исследования. По результатам стоматологического осмотра было выявлено, что здоровыми являются лишь 2,5% студентов 4 курса и 3% студентов 5 курса стоматологического факультета. Показатели стоматологических индексов в этой группе определялись следующим образом: КПУ(з)=0; OHI-S=0,7±0,1; РМА=8±1%. Студентами проводилась чистка зубов 2 раза в день с использованием дополнительных средств гигиены (ополаскиватели, зубные ершики и пр.). Распространенность кариеса среди студентов 4 курса составила 97,5%; среди студентов 5 курса – 97%. На момент обследования санированных было выявлено 15,5% студентов 4 курса и 30,0% студентов 5 курса. Нуждалось в санации 82,2% студентов 4 курса и 67,0% студентов 5курса. Индекс интенсивности кариеса зубов КПУ(з) у студентов 4 курса составил 6,92±3,75; у 5 курса 7,13±3,58, что определяется как средний уровень интенсивности кариеса зубов в соответствии с критериями ВОЗ. Неудовлетворительная гигиена полости рта была выявлена у 51,0% студентов 4 курса и 31,1% студентов 5 курса; хорошая – у 2,7% и 4,1%, удовлетворительная – 46,3% и 64,8%, соответственно. Заболевания тканей пародонта в форме хронического генерализированного катарального гингивита были диагностированы у 33,3% студентов 4 курса и 27,2% студентов 5 курса. Кроме того, в ходе профилактического осмотра у 32,1 % студентов 4-5 курсов были выявлены различные зубочелюстные аномалии.

Выводы:

1. 74,6% осмотренных студентов 4-5 курсов стоматологического факультета имели различные стоматологические заболевания, которые ведут к изменению состояния общего здоровья (кариес зубов, некариозные поражения, заболевания пародонта, аномалии прикуса).
2. Средний уровень интенсивности кариеса зубов: КПУ(з) у студентов 4 курса составил 6,92±3,75; 5 курса 7,13±3,58.

3. Высокая доля студентов имела неудовлетворительный уровень гигиены полости рта (51,0% и 31,1%, соответственно), определяющий развитие основных стоматологических заболеваний.

4. Установлена высокая нуждаемость студентов в стоматологической помощи: на 4 курсе нуждались в санации 82,2%, на 5 курсе – 67,0% осмотренных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОЛОРИТА ВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ

Г.М.-А. Будайчиев, клинический ординатор, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Н. Меджидов.

Резюме.

Авторами исследования установлена более выраженная отбеливающая эффективность и высокая кариесрезистентность эмали после отбеливания зубов диодным лазером по сравнению с использованием химического метода.

Ключевые слова: отбеливание зубов, диодный лазер, химический метод, эффективное лечение.

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF TREATMENT OF DISTURBANCE OF COLOUR OF VITAL TEETH WITH APPLICATION OF LASER BLEACHING

Budaychiev G.M.-A. - the clinical intern,

Medzhidov M.N.

Chair of therapeutic stomatology FSFEI of the HE DSMU of the Russian Ministry of Health

The supervisor of studies: the doctor of medical sciences, the senior lecturer Medzhidov M.N.

Summary.

Authors of research in comparative aspect in clinic establish more expressed bleaching efficiency and high level of conservation of fastness to development of caries of an enamel after bleaching of teeth in case of application for this purpose of the laser on the basis of diodes, in comparison with use of a chemical method.

Key words: bleaching of teeth, the laser on the basis of diodes, a chemical method, effective treatment.

Актуальность. Коррекция изменений цвета твердых тканей зубов является довольно популярной стоматологической процедурой, которая способна удовлетворить эстетические потребности пациентов. С этой целью применяют различные методы и средства отбеливания зубов [1, 4].

Существенным недостатком большинства отбеливающих систем химической активации является их деминерализующее влияние на твердые ткани зубов, что приводит к снижению кариесрезистентности эмали, выходу макро- и микроэлементов из твердых тканей, возникновению гиперестезии дентина [2, 3, 5]. Внедрение в стоматологическую практику лазерных систем, которые активно применяются и в алгоритме отбеливания зубов, занимает важное место в разработке методов эффективного и безопасного отбеливания.

Цель исследования: изучение эффективности отбеливания дисколорита витальных зубов с использованием диодного лазера на основе сравнительной оценки лазерного и химического методов депигментации зубов.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 16 пациентов с разными видами дисколорита зубов в возрасте от 18 до 35 лет. Участников исследования выбирали по следующим критериям: отсутствие признаков острого воспаления слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, рецессии десны и оголения шеек и корней зубов, гиперестезии и не санированных кариозных полостей.

К началу отбеливания всем пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта,

определяли тест эмалевой резистентности (ТЭР-тест) и индекс реминерализации эмали. Пациентов разделили на 2 группы (по 8 в каждой), с одинаково процентным распределением цветов по шкале VITA («VITA Zahnfabric"). Профессиональное отбеливание витальных зубов в первой группе пациентов проводили с использованием диодного лазера Picasso 7Wt компании «AMDLasers» (США) и отбеливающей насадки при однократном нанесении геля Heydent JW Power Bleaching Gel («Heydent», США). Участникам второй группы отбеливание проводили химическим способом с нанесением геля Opalescence Extra Boost («Ultradent», США) продолжительностью 15 мин. ежедневно в течение 2-х дней с обязательной изоляцией десен жидким коффердамом. Всех участников исследования информировали о необходимости исключения продуктов, содержащих пищевые красители. Эффективность отбеливания определяли через 10 дней после окончания процедур по развернутой шкале Vita («VITA Zahnfabric», Германия). Исследование влияния отбеливающего геля на твердые ткани зубов в зависимости от способа активации отбеливающей системы проводили однократно после процедуры отбеливания по индексам распространенности и интенсивности гиперестезии зубов (Б. Шторина, 1986), ТЕР-тестом В.Р. Окушков (1984), индексом реминерализации эмали (Ю.А. Федоров, Л. А. Дмитриева, 1977).

Результаты исследования. Осветление зубов у пациентов I группы состоялось в среднем на 7,38 ± 1,28 оттенка, II группы – на 3,88 ± 0,62 оттенка (достоверность разницы 95,0%). При изучении структурно-морфологического состава поверхностного слоя эмали после отбеливания зубов установили, что у пациентов первой группы показатели ТЭР-теста достоверно не отличались от исходных значений ($p > 0,05$). Во второй группе участников обнаружили увеличение уровня кислотной стойкости эмали зубов как по исходным данным, так и по показателям I группы (6,13 ± 0,65 против 3,25 ± 0,56 и 3,50 ± 0,54 при p, p1 <0,01). Индекс реминерализации эмали после выполненного лазерного отбеливания зубов достоверно не изменился по сравнению с исходным результатом ($p > 0,05$). В группе пациентов, где проводили отбеливание зубов химическим способом, индекс реминерализации повысился с 2,82 ± 0,11 до 3,68 ± 0,13 баллов ($p < 0,001$). Высокие значения индексов реминерализации эмали и ТЕР-теста свидетельствуют о снижении кариесрезистентности эмали в результате деминерализующего влияния отбеливающего геля на твердые ткани зуба.

У пациентов I группы обнаружили более низкие значения показателей индекса распространенности гиперестезии зубов (3,06 ± 0,49%) и индекса интенсивности гиперестезии зубов (0,92 ± 0,09 балла). У обследованных пациентов II группы повышение проницаемости эмали после выполненного отбеливания сопровождалось повышенной чувствительностью зубов: индекс распространенности гиперестезии увеличился с нулевого значения до 14,13 ± 1,13%, интенсивности гиперестезии зубов до 1,47 ± 0,11 балла при $p < 0,001$.

Этим количественным значениям соответствует качественная оценка «отсутствие гиперестезии» в I группе обследованных и «локализована гиперестезия I степени» во II группе пациентов.

Выводы. Лазерное отбеливание зубов является одноэтапным, эффективным и более сберегательным методом лечения дисколорита витальных зубов. Положительным результатом его применения можно считать улучшение осветления зубов на 52.6%, низкие значения уровня кариесвосприимчивости эмали, индексов резистентности и интенсивности гиперестезии зубов.

Устранение дисколорита витальных зубов химическим способом приводит к снижению кариесрезистентности эмали и возникновению гиперестезии твердых тканей зубов.

Литература.

1. Гажва С.И. и др. Современные аспекты проблемы отбеливания зубов в эстетической стоматологии Современные проблемы науки и образования. 2012. № 6.

2.Новак Н.В. Экспериментальное исследование кариесрезистентности эмали зубов после отбеливания и реминерализации Вестник ВГМУ. 2016. – Т. 15, № 2. С. 87-92.

3.Терешина Т.П. Експериментальне вивчення впливу відбілюючих систем на тверді тканини зуба / Т.П. Терешина, О.В. Півень, Н.В.Мозкова // Вісник стоматології. 2010. № 1. С. 8-9.

4.Флейшер Г.М. Применение систем кабинетного отбеливания Opalescence Международный научный журнал «Символ науки». 2016. № 1. С. 187-189.

5.Dahl J.E. Tooth bleaching: a critical review of the biologicalaspects / J.E. Dahl, U. Pallesen // Crit. Rev. Oral. Biol. Med. 2003. Vol. 14, № 4. P. 292-304.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭМАЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ 30% ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА

Х.М. Абдуллаева – студентка 4 курса стоматологического факультета, М.А. Султанова
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО "ДГМУ "Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., асс. М.А. Султанова

Актуальность. Дисколорит зубов сопровождается структурно-функциональными и эстетическими нарушениями и ухудшает эмоциональное состояние пациента. Пристальное внимание к вопросу эстетики улыбки и зубов проявился вначале XIX в. [1,3]. С 1848 г., для лечения дисколорита девитальных зубов использовали хлорную известь, а щавелевую кислоту и перекись водорода использовали для «живых» зубов. С 1910 года практически все методики включали в себя использование перекиси водорода вместе со световым воздействием или нагретым инструментом. В настоящее время пациенты обладают неплохой «стоматологической грамотностью», проявляют повышенный интерес к возможностям эстетической стоматологии: консервативной (отбеливание) или оперативно-восстановительной технологии эстетического лечения (реставрации, коронки, виниры и т .д.) [2]. Однако, по мнению специалистов, препараты с высокой концентрацией перекисных соединений могут негативно воздействовать на структуру твердых тканей зуба.

Цель исследования: данной работы явилось изучение влияния геля на основе 30% концентрации перекиси карбамида для отбеливания зубов на ультраструктуру эмали.

Материалом для исследования служили удаленные по пародонтологическим показаниям постоянные резцы, клыки и премоляры (всего 30 зубов) человека. Для изучения отбирались измененные в цвете зубы, с обнажением шеек. Удаленные зубы тщательно отмывали в проточной воде от крови и слизи, с помощью экскаватора очищали от мягких тканей, затем подвергали обработке зубной щеткой с мылом.

Полученный материал разделили на две группы (по 15 зубов): первая группа служила контролем (не подвергалась воздействию геля и содержалась в сосуде с дистиллированной водой); зубы второй группы отбеливали гелем, предназначенного для отбеливания в кабинете врача, с 30% концентрацией перекиси карбамида. Отбеливание проводили в течение 15-30 минут в день, активируя гель источником света. Процедуру повторяли в течение трех дней.

Результаты исследования. При изучении необработанной эмали (группа контроля) видны естественные борозды, царапины и микротрещины. Характерно наличие обильных органических наслоений и маскирование эмалевых призм. В целом поверхность эмали характеризуется относительно однородной структурой, наличием небольших углублений округлой формы.

Во второй группе, где в качестве отбеливающего препарата использовали гель с 30% концентрацией перекиси карбамида, на поверхности эмали видны микротрещины, что косвенно показывает, что активно протекающая реакция взаимодействия препарата с гидроксиапатитом приводит к повреждению структуры. Поверхность эмали неоднородная, а также встречаются участки деминерализации эмали.

Вывод. На основании изучения морфологического строения эмали зуба установлено, что применение отбеливающих препаратов на основе 30% перекиси карбамида обладает небольшим повреждающим и деминерализующим воздействием на его структуру.

Литература.

1. Атрушкевич В.Г. и др. Влияние отбеливающего геля, содержащего перекись карбамида, на ультраструктуру эмали и дентина Стоматология. 1996г.Т.85. №6 с.15-18

2.Янушевич О.О. Коррекция цвета зубов при дисколоритах Российская стоматология. 2009. №2. с.12-18

3.Султанова М.А. Методические подходы коррекции цвета зубов у пациентов страдающих заболеваниями пародонта: Дис…к.м.н ./МГМСУ. М.2007. 71с.

ПОБОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОЛОРИТА

Х.М. Абдуллаева – студентка 4 курса стоматологического факультета, М.А. Султанова
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - к.м.н., асс. М.А. Султанова

Актуальность. Должны ли мы заниматься коррекцией цвета зубов? Этот вопрос еще возникает у некоторых наших коллег-стоматологов. И хотя история стоматологического отбеливания насчитывает более 100 лет, никогда раньше эта область не вызывала такого интереса как сейчас. С каждым днём усиливается стремление людей иметь привлекательную белозубую улыбку. Это своеобразная визитная карточка, говорящая о здоровье, благополучии и успехе своего обладателя. В стоматологическую практику внедрены новые технологии отбеливания зубов, практически безвредные, достаточно эффективные и легко выполнимые.[3] Изменение цвета зубов – проблема, затрагивающая широкий контингент людей разных возрастов. Окрашивание зубов подразделяют на внешнее и внутреннее. Внешнее окрашивание может быть устранено в процессе обычной профилактической чистки зубов. Причиной подобного изменения цвета могут быть хромогенные бактерии при плохой гигиене полости рта, многие пищевые продукты, медикаментозные полоскания и так далее. Внутреннее окрашивание может формироваться до прорезывания зубов, например при заболеваниях крови у пациентов, и после прорезывания. Многообразие этиологических факторов, форм проявления окрашивания приводят к необходимости применения разных методик отбеливания [4]. Исследования показали, что наиболее частым субъективным ощущением пациентов при отбеливании зубов является гиперестезия, связанная с влиянием перекиси водорода на пульпу, хотя, как правило, все авторы отмечают обратимость таких явлений. Кроме того, отбеливание зубов, хоть и является наиболее щадящей методикой улучшения эстетического вида пациента, нельзя упускать из внимания такой фактор, как влияние отбеливателей на морфологию и микротвердость эмали. Особенно это справедливо для препаратов с высоким содержанием перекиси карбамида или перекиси водорода: в эмали образуются микротрещины с большим числом перфораций, происходит умеренная потеря срединных призм, увеличивается глубина повреждений, снижается микротвердость, увеличивается пористость. В неорганическом составе твердых тканей также происходит значительное уменьшение Ca/P коэффициента. Указанные изменения менее выражены при использовании материалов с низкими концентрациями перекиси карбамида или перекиси водорода и имеют обратимый характер (примерно 4 недели). Эти изменения являются достаточно веским основанием для проведения реминерализирующей терапии в процессе отбеливания. Для проведения местной реминерализующей терапии применяют фтор-, фосфат и кальцийсодержащие растворы, лаки, гели, пленки, зубные пасты и диски. [1,2]

Цель исследования: выявление частоты распространенности повышенной чувствительности твердых тканей зубов, возникшей после проведения процедуры отбеливания.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 90 пациентов, нуждающихся в лечении дисколорита. Пациентов разделили на 3 группы. В первой группе проводили коррекцию цвета зубов препаратом на основе 30% перекиси карбамида. Пациентам второй группы проводили процедуру отбеливания 20% гелем на основе перекиси карбамида. Третью группу составили пациенты, использовавшие отбеливающий гель на основе 10% перекиси карбамида.

Результаты исследования. Были получены следующие результаты: у 65,3% пациентов появилась гиперчувствительность эмали зубов и их выраженная болевая реакция к температурным и механическим раздражителям, показатели электровозбудимости пульпы во фронтальной группе зубов составили 5-7 мкА. У 54,5% пациентов второй группы возникла гиперестезия к температурным и механическим раздражителям, ЭОД 5-7 мкА. В третьей группе 35% пациентов предъявляли жалобы на повышенную чувствительность от раздражителей, ЭОД 5-7 мкА. Для лечения гиперестезии использовали гель на основе фтористого натрия, согласно инструкции производителя.

Выводы. Под влиянием отбеливающих процедур гиперестезия твердых тканей появляется более, чем у половины пациентов. Все методы требуют курса реминерализующей терапии. Проведенное повторное обследование всех пациентов через полгода показало, что случаев гиперестезии не выявлено.

Литература.

1. Крихели Н.И. Обоснование проведения профилактических мероприятий при отбеливании зубов :Автореф.дис…к.м.н. /М., 2001. 24 с.

2. Фиапшев А.З. Устранение осложнений, вызванных действием отбеливающих препаратов на зубы, с помощью минерализующих средств (экспериментальное и клиническое исследование): Дис…к.м.н./МГМСУ. М., 2006. 127 с.

3. Султанова М.А. Методические подходы коррекции цвета зубов у пациентов, страдающих заболеваниями пародонта: Дис…к.м.н ./МГМСУ.-М.2007. 120 с.

4. Leonard R.H.Jr. Efficacy, longevity, side effects, and patient perceptions of nightguard vital bleaching.// Compend. Cont. Educ. Dent 1998. V.19. P.766-770.

АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ПОДБОРА ЦВЕТА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

А.И. Горелова – студентка 4 курса стоматологического факультета, К.А. Гафуров

Кафедры ортопедической стоматологии и биофизики, информатики и медаппаратуры ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители - д.м.н., доц. И.М. Расулов, к.м.н., доц. Т.А. Абакаров, к.т.н., доц. К.А. Гафуров.

В жизнедеятельности человеческого организма большое значение имеет зубочелюстной аппарат человека. В зависимости от различных факторов с течением жизни человек теряет зубы, и восстановление их является задачей зубного протезирования. До сих пор в стоматологических клиниках при изготовлении зубных протезов подборка их цвета определяется по шаблону из стандартных образцов на глаз самим врачом, либо по желанию пациента.

Из-за субъективности подбора цветовых шаблонов возникает проблема, которая ведёт к созданию зубных протезов, несоответствующих исходным цветовым характеристикам, а вследствие этого отсутствие эстетичности и большое количество бракованных образцов. Эти и другие факторы указывают на необходимость создания точного метода, с минимальной погрешностью результата, который бы позволил производить эту операцию автоматизировано и с обработкой и выдачей информации на персональной ЭВМ.

Актуальность. В этой связи актуальной является задача подбора цвета протезированного зуба (для соблюдения условий эстетичности) в соответствии с цветом исходного [1]. Наиболее оптимальным является проведение компьютеризации способов снятия цветовой окраски эмали, с целью улучшения точности получаемых результатов, так как современное программное обеспечение позволяет создать мощную систему обработки данных [3].

Методы исследования. Для того чтобы программное обеспечение работало с высокой точностью, был создан метод на основе технологии разложения цвета на R, G, B параметры, с минимальной погрешностью результата, позволяющий производить эту операцию автоматизированно (с обработкой и выдачей информации на персональном компьютере) [2].

В ходе работы была получена математическая модель процесса подбора соответствующих компонентов исходных порошков для создания протеза зуба, в основе которой лежит регрессионная модель, с возможными вариациями значений в пределах нормы устанавливаемой для определённых показателей. Изменение цветовых составляющих происходит в корреляционной зависимости от регрессионной модели, поэтому возможно составление интерполяционных уравнений, а на их основе строить анализ и рассмотрение единой системы для всех подуровней цветовых градаций.

В общем виде математическая модель основывается на уравнениях, представляющих полиномы одной поверхности (модель RGB – куба):

$$\begin{cases} r_1k_1 + r_2k_2 + r_3k_3 + \ldots + r_ik_i = RK \\ g_1k_1 + g_2k_2 + g_3k_3 + \ldots + g_ik_i = GK \\ b_1k_1 + b_2k_2 + b_3k_3 + \ldots + b_ik_i = BK \end{cases}$$

где R – красная составляющая требуемого цвета, G – зелёная составляющая требуемого цвета, B – синяя составляющая требуемого цвета, r_i - красная составляющая i- го компонента, g_i - зелёная составляющая i- го компонента, b_i – синяя составляющая i- го компонента, k_i – про-

порциональное соотношение i-го компонента в составе.

Результаты исследования. Программное обеспечение для определения цвета зубной эмали пластмассовых протезов представляет собой программу, разработанную в среде Delphi. Окно программы содержит следующие основные элементы:

- заголовок окна;
- кнопки управления программой;
- окно ввода изображения;
- окно оценки подбора цветовых составляющих;
- окно состава стандартных порошков;
- окно глубины просчета;
- строка состояния;

В верхней части окна программы расположен заголовок окна, где приведено название программы и её логотип, нажатием на который выводится служебное меню окна. Под заголовком программы находятся кнопки управления программой, позволяющие:

- уменьшить изображение;

- увеличить изображение;

- отменить приближение изображения;

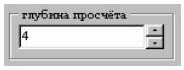
- получить наилучшее приближение;

- открыть файл с изображением;

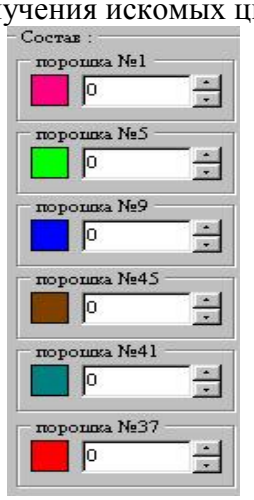
- переместить изображение при его увеличении;

- выбрать конкретную область изображения.

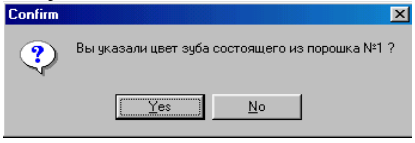
В правом верхнем углу окна программы имеется окно оценки подбора цветовых составляющих.

Данное окно необходимо для оценки степени соответствия получаемого изображения – исходному. В случае недостаточного соответствия, возможно увеличить глубину просчёта, с помощью соответствующей опции. 

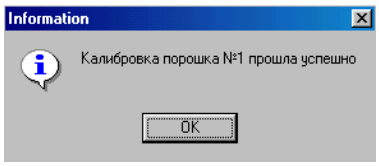
Под окном оценки подбора цветовых составляющих расположены окна состава стандартных порошков (рис 1), где указаны соответствующие номера зубных протезов, соответствующих стандартным порошкам, при этом под каждым номером находится окно визуализации цвета соответствующего зубного протеза, а также поле вывода значений концентрации стандартных порошков, необходимых для получения искомых цветовых составляющих.



Перед проведением процедуры необходимо очистить зубной налёт и подготовить пациента к исследованию. Далее необходимо закрепить видеоконтрольное устройство на уровне протезируемых зубов пациента и настроить фокус объектива, после чего произвести снимок. После выбора нужной области на снимке появится окно подтверждения калибровки цвета, соответствующего стандартному порошку.

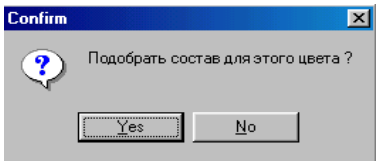


После того, как будет проведена калибровка, необходимо открыть файл изображения, соответствующий зубам пациента.



Выбор заданной области возможно провести с помощью увеличения изображения на которое наведён в данный момент времени курсор - для выполнения этой операции надо включить соответствующий режим, нажатием на кнопку.

После указания области определения цветовых составляющих протезируемых зубов пациента программа выдаёт сообщение о необходимости подтверждения определенных параметров для указанной области.

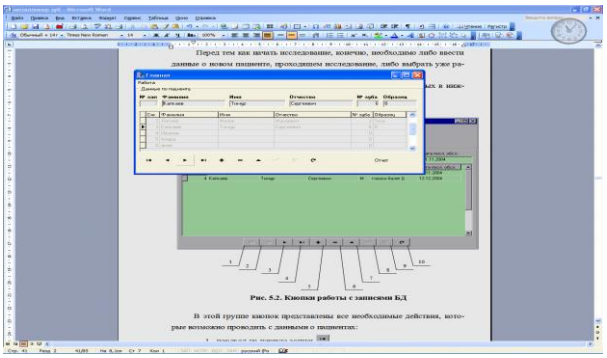


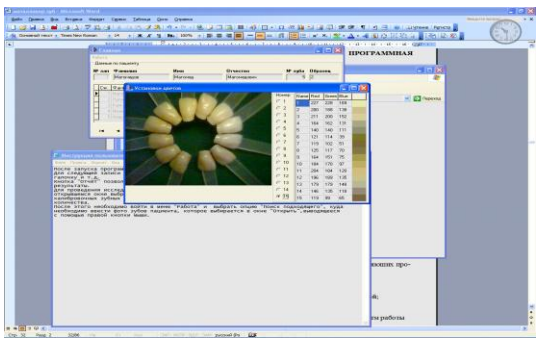
После подтверждения программа по разработанному алгоритму проводит поиск наиболее адекватного искомому зубу состава стандартных порошков и выводит значения их концентрации в соответствующих окнах.

Также было разработано специализированное программное обеспечение для определения цвета зубной эмали металлокерамических протезов. Основными функциями программы являются следующие:

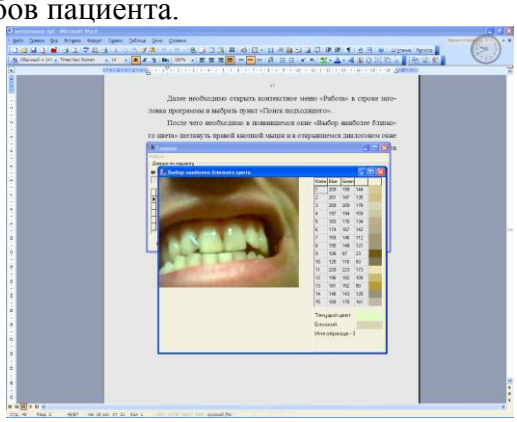
- *вывод изображения на экран;*
- *выбор анализируемой области;*
- *калибровка значений относительно заданных компонентов;*
- *ввод программы поиска значений;*
- *вывод значений на экран;*
- *создание отчета;*
- *введение базы данных по пациентам.*

Перед тем как начать исследование, необходимо либо ввести данные о новом пациенте, проходящем исследование, либо выбрать уже ранее введенного. Это производится при помощи группы кнопок, расположенных в нижней части окна основной программы. Для того, чтобы начать исследование необходимо провести выбор пациента. Для начала работы необходимо открыть контекстное меню «Работа» в строке заголовка программы и выбрать пункт «Установки цветов». После чего необходимо в пустом поле окна нажатием правой кнопки мыши открыть диалоговое окно и выбрать фотографии заранее снятых калибровочных зубных протезов, которые являются эталонными образцами для последующего выбора.





цветовых составляющих и металлокерамического протезирования. Далее открывается контекстное меню «Работа» в строке заголовка программы и выбирается пункт «Поиск подходящего». После чего в появившемся окне «Выбор наиболее близкого цвета» нажатием правой кнопкой мыши в открывшемся диалоговом окне «Открыть файл» выбираются фотографии заранее снятых протезируемых зубов пациента.



После чего в пункте меню «Печать отчета» и кнопки «Отчет», в нижнем углу программы, можно просмотреть полученные данные и распечатать их при помощи стандартных средств текстовых редакторов.

Выводы. Разработанные аппаратно-программные средства позволяют с высокой точностью определять цвета зубов и производить обработку и выдачу результатов на персональном компьютере, что также повышает удобство обслуживания пациентов и хранение полученных данных. Современное общество, а также любой работодатель предъявляют высокие требования к эстетичности и внешнему виду людей, разработанные же аппаратно-программные средства позволяют качественно решить данную проблему.

Литература.

• Методические указания по металлокерамическому протезированию под ред. профессора К.М. Расулова. Махачкала, 1998.

• Ганс Юрген Шлихт Цифровая обработка цветных изображений М.,1998.

• Гусев В.Г.. Методы и технические средства для медико-биологических исследований. Уфа: изд. УФМ, 2001.

ЗНАЧЕНИЕ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ (НА ПРИМЕРЕ ОПЕРАЦИИ РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ)

Ш. З. Омаров - ассистент

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом усовершенствования врачей ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - к.м.н., проф. А.Х. Асиятилов.

Актуальность. Во все времена люди получали травмы различного рода, при которых страдала челюстно-лицевая область и зубочелюстная система в особенности. Несмотря на большие успехи, достигнутые в стоматологии за последние десятилетия, число лиц, нуждающихся в хирургическом лечении, остается достаточно высоким.

Одним из эффективных методов сохранения целостности зубочелюстной системы является операция реплантации зуба.

Реплантация зуба - это возвращение зуба в свою же лунку. Причинами, по которым зуб может покинуть свое анатомическое ложе, могут быть: травматический вывих зуба (полный или неполный); удаление зуба с целью ликвидации воспалительных явлений одонтогенного характера (при хроническом деструктивном периодонтите), особенно при невозможности выполнения резекции верхушки корня зуба. Не исключен ятрогенный фактор ошибочное удаление или вывих при удалении соседнего зуба. Важность реплантации заключается в том, что можно вернуть зуб в своё анатомическое положение. Говоря о значении зубосохраняющей операции, не следует забывать о показаниях и противопоказаниях к выполнению данного вида хирургического вмешательства.

Показаниями к реплантации зуба являются:

1) травма, сопровождающаяся вывихом зуба;

2) ошибочное удаление зуба;

3) зуб, находящийся на линии перелома челюсти (при невозможности адекватного терапевтического лечения);

4) хронический периодонтит однокорневых зубов с резорбированной (на 1/3 и более высоты) компактной пластинкой;

5) ошибки и осложнения терапевтического вмешательства при лечении многокорневых зубов, поражённых периодонтитом;

6) отсроченная реплантация при остром одонтогенном периостите челюстей и обострении хронического периодонтита.

Противопоказания:

1) острые воспалительные заболевания периодонта;

2) патологические состояния, способствующие угнетению процессов репарации (алкоголизм, наркомания, сахарный диабет);

3) пародонтоз;

4) сильное расхождение или искривление корней зуба;

5) разрушение самого зуба при получении травмы или в процессе удаления;

6) зуб, поражённый глубоким кариозным процессом.

Цель исследования: имеет научно-практическое значение в области хирургической стоматологии. Результаты исследования могут быть использованы при чтении курса хирургической стоматологии по зубосохраняющим операциям для студентов стоматологического факультета. Для практического здравоохранения работа актуальна ввиду рассмотрения возрастно-половой нуждаемости в операции реплантации зубов.

Материал и методы исследования. Из большого количества пациентов, обратившихся за помощью в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ г. Махачкалы с января 2015 по декабрь 2016 года, были отобраны 78 человек (50 мужчин и 28 женщин), у которых возникла необходимость сохранения зубов с применением метода реплантации. Данные по возрастно-половому составу пациентов представлены в таблице 1.

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Травма	Другие причины	Травма	Другие причины
18-25	10	1	5	2
25-34	20	2	10	3
35-44	12	1	2	2
45-54	3	-	3	1
55-64	1	-	-	-
65 и старше	-	-	-	-

Зубы, покинувшие своё анатомическое ложе или изменившие место в зубном ряду, ввиду травмы, были возвращены в лунку и укреплены с помощью гладкой шины-скобы. В подавляющем большинстве (67 случаев) реплантации подверглись зубы фронтальной группы; из них 43 на верхней челюсти, 24 - на нижней.

Этапы проведения данной операции зависят от причины, по которой зуб покинул свою лунку.

При удалении зуба стоматологом (для последующей реплантации) начальные манипуляции соответствуют этапам удаления зуба, а последующие действия врача идентичны с теми, что проводятся при травматической этиологии выпадения зуба, а именно: погружение в тёплый раствор хлорида натрия с добавлением антибиотиков; обработка лунки удаленного зуба (очистка от грануляций, промывание растворами антисептиков и антибиотиков); обработка реплантируемого зуба пломбирование корневых каналов и кариозных полостей; повторная обработка лунки и помещение в свою лунку. Зуб закрепляется с помощью гладкой шины-скобы к соседним зубам на срок от 3 недель до 1,5 месяцев. Пациентам необходимо соблюдать щадящую диету на весь период ношения гладкой шины и, что естественно, исключить получение травм.

Результаты исследования. Успех приживления зубов при применении метода реплантации зависит не только от качества услуг врача, но и от строгого соблюдения пациентом всех рекомендаций (комплаентности). Так, по нашим наблюдениям, после 3-6 недель фиксации зубов в альвеолах с помощью гладкой шины-скобы, подвижности зубов практически не наблюдается.

Вывод. Ввиду сохранения функциональной целостности зуба и снятия имеющегося в некоторых случаях одонтогенного очага инфекции, данный метод сохранения зубов зарекомендовал себя как несложный и актуальный способ предупреждения частичной адентии, которая, как известно, сказывается на зубочелюстной системе в целом.

МОДИФИКАЦИЯ МАТРИЦЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБОВ

М.Г. Шахаев - молодой специалист, Э.Г. Шахаева - студентка 2 курса стоматологического факультета, Г.Ш. Шахаев - ассистент

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., доц. И.М. Расулов.

Резюме.

Восстановление анатомической формы и контактных пунктов является очень важным при лечении зубов. Использование стандартной матрицы при восстановлении контактных пунктов не всегда дает желаемый результат. Поэтому возникла необходимость искать новые способы восстановления анатомической целостности зубов. Использование модифицированной матрицы выпуклой формы позволяет восстановить контактные пункты, устранить нависающие края пломб. Все это способствует профилактике заболеваний пародонта в целом.

Ключевые слова: межзубная матрица, контактный пункт, заболевания пародонта.

MODIFICATION OF THE MATRIX FOR FORMING THE TEETH

Shakhaev MG, young specialist

Shahaeva EG, 2nd year student of the Faculty of Dentistry

Shakhaev G.Sh.

Department of Orthopedic Dentistry of the DSMU

Scientific adviser dms, associate professor Rasulov IM

Summary

Restoring the anatomical shape and contact points is very important in the treatment of teeth. Using a standard matrix when restoring contact points does not always give the desired result. Therefore, it became necessary to seek new ways to restore the anatomical integrity of the teeth. Using a modified convex-shaped matrix allows you to restore contact points, eliminate the overhanging edges of the seals. All this contributes to the prevention of periodontal disease in general.

Key words: interdental matrix, contact point, periodontal disease

Введение

Профилактика болезней пародонта является очень важной проблемой сохранений здоровья населения в связи с высокой их распространенностью. Одним из этиологических факторов в развитии болезней пародонта являются нарушение контактных пунктов между зубами и образование нависающих краев в процессе пломбирования[2].

Цель исследования: явилось оценка эффективности лечения при использовании различных видов матриц при пломбировании зубов.

Материалы и методы исследования. Все больные были разделены на две группы. В первую

группу входило 12 больных, которым проводили пломбирование дефектов зубов на контактной поверхности с использованием стандартной матрицы[3]. Как известно, конечной целью пломбирования зубов, особенно при дефектах контактных поверхностей, является восстановление анатомической формы зуба. Для восстановления коронки зуба при поражении его контактной поверхности используют металлическую матрицу[1]. После фиксации матрицы с использованием матрицедержателя, ввиду того что экватор зуба шире, чем пришеечная область зуба, образуется зазор между шейкой зуба и матрицей. Для устранения этого зазора используют деревянные клинья. Но это не всегда способствует устранению нависающих краев пломбы и восстановлению анатомической формы зуба. Кроме того, металлическая матрица при ее введении между зубами травмирует межзубной сосочек[4]. Во вторую группу входило 17 больных, которым при пломбировании контактной поверхности зуба использовали модифицированную матрицу. Предложенная нами модифицированная матрица представляет собой металлическую полоску тех же размеров что и имеющаяся, но выпуклой формы. Имеется удостоверение на рационализаторское предложение №00-1137 от 27.11.2001.

Результаты исследования. После пломбирования зубов с использованием стандартной матрицы отмечалось наличие нависающих краев пломбы у 6 больных, которые были устранены в результате кропотливой работы с использованием боров и межзубных полосок. Межзубной сосочек был травмирован у 4 больных. Во второй группе больных, которым при пломбировании была использована модифицированная матрица, во всех случаях отмечалось соответствие восстановленной части зуба его анатомической форме, отсутствие нависающих краев и образование плотных точечных контакных пунктов. После пломбирования нет необходимости тщательной обработки придесневых краев пломбы, устраняется травма тканей пародонта и экономится время врача. Использовалась данная матрица в клинических условиях нами с 2014 года на 57 больных.

Вывод. Анализируя клинические исследования, можно сказать, что данная матрица может быть рекомендована для широкого применения в стоматологической практике.

Литература:

• Терапевтическая стоматология. Учебник под редакцией Л.А.Дмитриевой и Ю.М. Максимовского .М.,2015. - С. 258-260.

• Контактный пункт. Способы восстановления. Л.А. Козеко, О.А. Круглик. Минск, 2007. - С. 11-16.

• Пропедевтическая стоматология: Учебник под редакцией Э.А.Базикяна. М. 2008 - С.465-468.

• Восстановление контактного пункта // И.М.Макеева, Н.С.Жохова, Д.О.Глазов. Клиническая стоматология. 2000, №2. С. 22-25.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ

М.Г. Шахаев - молодой специалист, Э.Г. Шахаева - студентка 2 курса стоматологического факультета, Г.Ш. Шахаев - ассистент

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., доц. И.М. Расулов.

Резюме. Заболевания пародонта относятся к широко распространенным патологиям, вызывающим дискомфорт, запах изо рта и подвижность зубов, воспалением зубов. Использование традиционных способов шинирования с помощью стекловолоконной ленты в какой-то мере стабилизирует воспалительный процесс, но имеются случаи отхождения шинирующей ленты в процессе жевательной функции. Все это заставляет практических врачей искать новые способы и методики шинирования. Предложенная нами новая методика шинирования зубов с захватом оральной, контактных и частично вестибулярных поверхностей зубов дает более долгосрочный эффект при шинировании.

Ключевые слова: шинирование зубов, заболевания пародонта,стекловолоконная лента.

IMPROVEMENT OF THE METHOD OF TEETH TESTING

Shakhaev MG, young specialist
Shahaeva EG, student of the Dental Faculty
Shakhaev G.Sh.

Summary

Periodontal disease is a widespread problem that causes discomfort, smell from the mouth and the mobility of teeth of patients of different ages. The use of traditional methods of splinting with glass fiber tape stabilizes the inflammatory process to some extent, but there are cases when the splinting tape disappears during the chewing function. All this forces practitioners to look for new ways and methods of splinting. Our new technique of splinting teeth with the capture of the oral, contact and partially vestibular surfaces of the teeth gives a longer-term effect when splicing.

Key words: tooth splinting, periodontal disease, fiberglass tape

Введение.

Высокая распространенность болезней пародонта, которая зачастую является наиболее частой причиной потери зубов, заставляет стоматологов искать новые пути и методы лечения данного заболевания[1]. Шинирование зубов представляет собой способ лечения пародонтита, который дает возможность избежать потери зубов при средней и тяжелой форме заболевания. Шинирование позволяет не только закрепить расшатанные зубы, но и предупреждает дальнейшее развитие воспалительно-деструктивного процесса. К положительным эффектам шинирования относится и то, что при этом перераспределяется нагрузка на зубы и, чем больше зубов включено в шину, тем меньшую нагрузку получают подвижные зубы[2]. Одним из методов устранения подвижности зубов является шинирование их с помощью стекловолоконной ленты.

Цель исследования: оценка эффективности лечения при различных способах шинирования с помощью стекловолоконной ленты.

Материал и методы исследования. Все больные со средней степенью тяжести заболевания были разделены на две группы. В первую группу входило 14 больных, которым было проведено шинирование зубов стекловолоконной лентой следующим образом. После предварительного местного обезболивания на оральной поверхности зубов делается небольшая бороздка, в которую после протравки и нанесения адгезива укладывается лента из стекловолокна, затем образованная бороздка заполняется композитом светового отверждения[3]. Во вторую группу входило 16 больных, которым было проведено шинирование зубов новым способом. Имеется удостоверение на рационализаторское предложение №13-1456 от 22.10.2013 года. Способ заключается в том, что после предварительного местного обезболивания на оральной поверхности, делается небольшая бороздка. В эту бороздку после протравки и нанесения адгезива укладывается стекловолоконная лента. Она проходит не только через оральную поверхность зубов, но и захватывает контактные поверхности и частично вестибулярную поверхность. Это позволяет не только увеличить поверхность сцепления стекловолоконной ленты с зубами, но и восстановить контактные пункты, без которых заболевание пародонта усугубляется.

Результаты исследования. После проведенного лечения у всех больных зубы становились более устойчивыми и устранялась подвижность зубов. Слизистая оболочка десен бледно-розового цвета плотно охватывала шейки зубов. Рентгенологически через 8 месяцев у 3 больных первой группы отмечалось частичное восстановление кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки, у 2 больных - уменьшение очагов остеопороза и уплотнение костной ткани. Во второй группе восстановление кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки было у 6 больных, уплотнение костной ткани и уменьшение очагов остеопороза - у 8 больных. Клинические наблюдения через год показали, что использование данной методики шинирования позволило укрепить подвижные зубы у 72% больных, а по традиционной схеме шинирования – 35% больных.

Вывод. Анализируя данные клинические исследования можно сказать, что этот способ шинированния может быть использован на практике для устранения подвижности зубов, особенно при тяжелой форме пародонтита у больных с наличием щелей между зубами.

Литература

1. Практическая терапевтическая стоматология. Учебник под редакцией А.И.Николаева и Л.М. Цепова. М., 2016. С. 257-259.

2. Заболевания пародонта. Под ред. проф. Л.Ю. Ореховой. , М.: Поли Медиа-Пресс. 2008. С. 366-368.
3. Дворникова Т.С. Волоконное армирование в повседневной практике// Клиническая стоматология. 2006. С. 1-3.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН

С.Б. Ханмурзаева - молодой ученый, Б.А. Абусуева , Н.Б. Ханмурзаева -молодой ученый
Кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии и фармакологии ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России г. Махачкала.
Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.А. Абусуева.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, проба Ашнера, проба Вальсальвы, вегетативная дисфункция, тревожное расстройство.

Актуальность. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) представляет собой широко распространенное состояние. Причины возникновения СХТБ разнообразны и включают перенесенные гинекологические и урологические заболевания и поражение органов малого таза, мышечно-тонические нарушения с формированием стойкого напряжения мускулатуры спины и поясницы, сопровождающиеся нарушением осанки и биомеханики позвоночника. Развитию хронического болевого синдрома любой локализации способствуют индивидуальные особенности личности, в частности, повышенный уровень тревожности, заниженная самооценка, на возможность в полной мере реализовать потребности. СХТБ и аффективные нарушения могут сопровождаться вегетативной дисфункцией, обусловленной, в т.ч., гормональными изменениями организма женщины.

Цель исследования: изучение характера вегетативных и аффективных нарушений у женщин молодого и среднего возраста с СХТБ.

Материал и методы исследования. Наблюдались 76 женщин, среди них 24 – детородного возраста (средний возраст - 37,4±6,3 лет; 1-я группа) и 25 в постменопаузальном периоде (средний возраст – 58,2±7,3 лет; 2-я группа) с СХТБ. Диагноз СХТБ устанавливался в соответствии с определением ICS. Критерии включения: возраст 18-75 лет; наличие боли в нижней части живота, спины, половых органов; выраженность болевого синдрома, снижающая качество жизни пациенток, ограничивающая их полноценное повседневное функционирование; длительность болевого синдрома не менее 6 мес. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет; беременность или послеродовый период; острое воспалительное, хирургическое, урологическое или гинекологическое заболевание, подтвержденное результатами клинического наблюдения или инструментального обследования; онкологическое заболевание; состояние после оперативного лечения, химио - или лучевой терапии по поводу онкологического заболевания; потребность в проведении оперативного лечения по поводу заболевания органов малого таза; диагностированные психические заболевания. Контрольную группу составили 22 женщины (48,5±9,2 лет) без СХТБ.

Все больные были осмотрены профильными специалистами (уролог, хирург, гинеколог). Для исключения органической соматической патологии использовались методы КТ и УЗИ органов малого таза, биохимические исследования. Для оценки неврологического статуса проводились неврологический клинический осмотр, оценка интенсивности болевого синдрома в соответствии с визуально-аналоговой шкалой (ВАШ), оценка частоты эпизодов боли, их длительности и цикличности. Наличие нейроортопедических изменений – нарушения осанки, болезненность при движении в поясничном отделе позвоночника, наличие и количество триггерных точек в поясничном

отделе позвоночника, грушевидных мышцах, мышце, поднимающей анус.

Оценка состояния вегетативной нервной системы включала регистрацию в покое частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД соответственно), с использованием тестов Ашнера, Вальсальвы, ортостатической пробы и расчета индекса Кердо. Наличие и выраженность тревожных нарушений оценивали на основании опросника Гамильтона (HAM-A), астении модифицированной шкалы астении (MFI).

Результаты обработаны статистически при помощи программного пакета SPSS 17.0. Данные представлены в виде среднего и стандартного отклонения (M±SD). За достоверные принимали отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Длительность заболевания составила 17,4±5,3 и 18,4±7,3 мес. в 1-й и 2-й группах соответственно (отличия недостоверны). Интенсивность боли по ВАШ не различалась в 1-й и 2-й группах (65,4±11,2 и 59,5±10,4 баллов соответственно). Больные обеих групп предъявляли жалобы на частые, длительные (продолжительность – более чем половины времени бодрствования) боли в нижней части поясницы, ягодицах, промежности тупого монотонного характера. Провоцирующие факторы назвали 9 больных из 1-й и 10 больных – 2-й групп (37,5% и 41,7%; отличия недостоверны). Боль усиливалась при длительном стоянии, ходьбе, в жаркое время, непосредственно во время или после половой активности. В 1-й группе – накануне менструации или непосредственно после нее. У 5 больных из обеих групп усиление боли наблюдалось по время или после мочеиспускания или дефекации.

Ни у одной из наблюдавшихся пациенток не был выявлен очаговый неврологический дефицит. У 12 женщин 1-й группы (50,0%) и 17 (68,0%) 2-й группы имелся мышечно-тонический болевой синдром поясничной локализации (различия между группами достоверны, $p<0,05$). У пациентов 2-й группы чаще ($p<0,05$) встречались мышечно-тонические синдромы другой локализации – шейной, шейно-грудной, плечелопаточной.

Фоновые показатели ЧСС, САД и ДАД у больных обеих групп достоверным образом не отличались, однако, у пациенток 1-й группы были зарегистрированы более высокие значения указанных показателей. При исследовании состояния функции вегетативной нервной системы у всех больных были выявлены признаки дистонии. У 18 (75,0%) пациенток 1-й группы имела место симпатическая направленность дистонии, во 2-й группе – у 5 (20,0%; $p<0,05$); во 2-й группе преобладала парасимпатикотония ($n=20$; 80,0%). При проведении функциональных проб для оценки состояния вегетативной системы оказалось, что в 1-й группе имела место симпатикотония (тахикардия, тахипное, умеренная артериальная гипертензия). Пробы Ашнера и Вальсальвы указывали на активацию парасимпатической нервной системы ($p<0,05$ по сравнению со 2-й группой). Во 2-й группе имелись признаки парасимпатической активации.

Наличие СХТБ в определенной степени ограничивало повседневную активность больных, затрудняло выполнение повседневных бытовых работ и служебной деятельности, однако ни у одной из пациенток не явилось причиной оформления группы инвалидности или прекращения трудовой деятельности. Характерным оказалось нарушение ночного сна в виде трудности засыпания, частых пробуждений среди ночи, отсутствия чувства отдыха после сна. Сами больные не связывали имеющиеся нарушения с болевым синдромом в рамках СХТБ; по их мнению, диссомнические нарушения были обусловлены сложной семейной или служебной ситуацией, эмоциональным напряжением (беспокойство в связи с болезнью близких, семейными проблемами детей и пр.). Корреляция между частотой пробуждений среди ночи, продолжительностью ночного сна и интенсивностью боли по ВАШ отсутствовала ($r=-0,056$; $r=0,079$; $p>0,05$). Более тесная связь имелась между выраженностью диссомнических и вегетативных расстройств, однако она также не носила достоверного характера ($r=0,279$; $p>0,05$).

Различные проявления астении оказались характерными для больных обеих групп, в той или иной степени выраженности они имелись у 19 (79%) и 22 (88%) больных соответственно. Показатели выраженности астении существенно не отличались между группами и имели практическую выраженность по различным доменам в обеих группах. При этом показатели, полученные при обследовании больных 1-й и 2-й групп, достоверно отличались от таковых в контрольной группе ($p<0,05$). Следует отметить, что в контроле выраженность астении соответствовала нормальным значениям. Уровень тревожности у больных 1-й и 2-й групп оказался достоверно выше, чем в контроле ($p<0,05$ для обоих показателей), при этом достоверные различия

между группами отсутствовали.

При анализе характера астенического синдрома оказалось, что его выраженность (суммарные значения по всем доменам опросника MFI-20) не имела статистически значимой связи с интенсивностью болевого синдрома (r=0,166; p>0,05), однако положительно коррелировала с длительностью болевого синдрома (r=0,412; p<0,05).

Выводы. СХТБ – распространенный среди женщин различных возрастных групп клинический синдром. У всех обследованных больных имеются признаки вегетативной дистонии. Вегетативные нарушения протекали по смешанному типу, однако у более молодых больных преобладали нарушения симпатической нервной системы, тогда как у больных старшего возраста преобладала парасимпатическая направленность нарушений. Имеется зависимость выраженности тревожного расстройства от выраженности вегетативных нарушений. Фоновые значения ЧСС, САД, ДАД существенно не отличаются у женщин различного возраста с ХТБ и не носят достоверных отличий от соответствующих показателей в контрольной группе. Различия между группами приобретали достоверный характер при использовании функциональных проб (Вальсальвы, Ашнера, ортостатическая проба). В связи с этим представляется целесообразным для уточнения характера направленности и выраженности вегетативных нарушений у женщин с СХТБ применение специализированных нагрузочных проб и тестов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ДАГЕСТАНЕ

К.Б. Манышева – аспирант, Р.Д. Будаева – студент, М.Д. Шанавазова – ассистент, М.А. Аскевова – старший лаборант

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии
ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.А. Абусуева.

Актуальность. В течение последних десятилетий проблема острых нарушений мозгового кровообращения приобретает все большую значимость в связи с широкой распространенностью цереброваскулярной патологии, высоким уровнем летальности, частым развитием инвалидности и социальной дезадаптацией больных перенесших инсульт. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2012 году от сердечно-сосудистых заболеваний умерли 17,5 миллиона человек, то есть 3 из каждых 10. Из этого числа 6,7 миллиона людей умерли от инсульта. Таким образом, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают второе место в общей структуре причин смертности населения, уступая лишь ишемической болезни сердца.

По результатам Регистров инсульта, организованных Национальной Ассоциацией по борьбе с инсультом (НАБИ), доля ишемических инсультов составляет в среднем 79,8%. В России зарегистрировано преобладание ишемических инсультов над геморрагическими в соотношении 5:1. В различных регионах этот показатель варьирует, но в большинстве регионов ишемический инсульт встречается в 3 и более раз чаще, чем геморрагический. По результатам Регистров инсульта НАБИ, также с увеличением возраста отмечено нарастание частоты инсультов (на 1000 населения в год) – от 0,09 в возрасте 25-29 лет до 15,05 в возрасте 70 лет и старше. Инсульт в 1,25 раза чаще развивается у мужчин. Однако в связи с большей продолжительностью жизни женщин суммарное число женщин, умерших от инсульта, оказывается большим [2, 4].

По данным Регистра инсульта в период с 2009 по 2011 год в Республике Дагестан с использованием критериев, рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения, зарегистрировано 11624 случая инсульта. Ишемический инсульт в 2009 году произошел у 2921 человека (72,9 % от всех случаев ОНМК), в 2010 году – у 2781 (71,7%), в 2011 году – у 2647 (70,8%) [1].

По утверждению З.А. Суслиной, «важным для диагноза представляется наличие вазотопических симптомокомплексов, отражающих приуроченность очагов поражения мозга к известным областям его ангиоархитектоники» [3]. Таким образом, клиническая картина заболевания и в век нейровизуализации не теряет своей актуальности.

Цель исследования: выявление и структурирование клинических проявлений ишемического инсульта.

Материал и методы исследования. На базе сосудистых центров РКБ и РБ №2 ЦСЭМП нами обследованы 56 пациентов в острейшем и остром периодах ишемического инсульта в возрасте от 21 до 85 лет. Из них мужчин – 38 (67,9%), женщин – 18 (32,1%). Средний возраст пациентов мужского пола составил 66 лет, женского – 76 лет.

Результаты исследования. Диагноз ОНМК по ишемическому типу верифицирован инструментальными методами (МРТ и/или МСКТ). В соответствии с данными нейровизуализационного исследования установлено, что у 22 (14 мужчин и 8 женщин) из обследованных больных (39,3%) отмечался ишемический инсульт в бассейне васкуляризации правой средней мозговой артерии, у 26 пациентов (20 мужчин и 6 женщин) – 46,4% – очаг инфаркта локализовался в бассейне васкуляризации левой средней мозговой артерии, у 8 больных (4 мужчин и 4 женщины) – 14,3% – в бассейне васкуляризации вертебрально-базилярной системы.

При оценке уровня бодрствования по шкале комы Глазго получены следующие результаты: 14-15 баллов – ясное сознание – у 51 пациента (91,1%), из них качественное изменение сознания наблюдалось у 6 пациентов, 11-13 баллов – оглушение – у 2 больных, 8-10 баллов – сопор – у 2 наблюдаемых, 5 баллов – кома I – у 1 обследуемого.

У всех пациентов с инсультом в бассейне васкуляризации правой средней мозговой артерии отмечался левосторонний пирамидный синдром различной степени выраженности, в то время как правосторонний у больных с инфарктом мозга в бассейне васкуляризации левой средней мозговой артерии – лишь в 69,2% случаев (у 18 пациентов из 26). Синдром гемигипестезии/гемианестезии наблюдался у 12 больных (21,4%). Речевые нарушения в виде афазии были выявлены у 11 больных (19,6%): у 4 больных отмечалась моторная афазия, у 4 – с её элементами, у 3 больных - с сенсо-моторной афазией.

Нарушения функции черепных нервов в виде центрального пареза лицевого нерва были обнаружены у 38 больных (67,9%), из них 20 – с левосторонней локализацей, 18 – правосторонней. Симптомы поражения подъязычного нерва были выявлены у 7 пациентов. Псевдобульбарный синдром (дизартрия, дисфония, дисфагия, насильственный смех и/или плач) наблюдался у 4 испытуемых (7,1%), а изолированно дизартрия – у 16 пациентов (28,6%). Нарушение функции тазовых органов по центральному типу отмечалось лишь у 12 больных (21,4%). У одного пациента с ОНМК в бассейне васкуляризации вертебрально-базилярной системы была выявлена левосторонняя гомонимная гемианопсия.

Среди фоновых заболеваний у 53 пациентов наблюдалась артериальная гипертензия в анамнезе: 8 пациентов страдали сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа, у 4 пациентов отмечались артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца (у 1 пациентки был установлен искусственный водитель ритма), у 1 пациента артериальная гипертензия сочеталась с хронической обструктивной болезнью лёгких.

Выводы. В результате проведенного наблюдения выявлено, что частота возникновения ишемического инсульта в вертебрально-базилярной системе достоверно ниже, чем в каротидном бассейне. При каротидных инфарктах чаще встречаются очаги, связанные с нарушением васкуляризации в бассейне средних мозговых артерий, которые зачастую приводят к нарушению функции произвольного движения в виде парезов и параличей. Клинически более значимыми оказываются острые сосудистые фокусы, локализованные в доминантном полушарии. Подтверждено, что артериальная гипертензия является наиболее универсальным фоном развития ОНМК как для мужчин, так и для женщин, а наличие нескольких сосудистых заболеваний или сочетание их с экстракардиальными и экстравазальными соматическими заболеваниями увеличивает риск развития инсульта.

Таким образом, полученные на данном этапе исследования результаты коррелируют с общемировыми данными и отражают существующие представления о факторах риска, эпидемиологии и клинических проявлениях ишемического инсульта.

Литература

• Гейбатова Л.Г., Магомаев М.Ф., Умаханова З.Р. Изучение эпидемиологии церебрального инсульта в Республике Дагестан методом территориального регистра // Доброхотовские чтения: Материалы I международной научной конференции / под ред. Б.А. Абусуева. Махачкала, 2016. С. 113–116.

• Гусев Е.Н., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в

России // Геморрагический инсульт: Практическое руководство / Под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. М., 2005. С. 7–15.

• Инсульт: диагностика, лечение, профилактика: Руководство для врачей / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М., 2009.

• Стаховская Л.В., Клочихина О.А., Богатырева М.Д., Коваленко В.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2010) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. № 5. С. 4–10.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ

М.З. Абакаров – студент 5 курса стоматологического факультета,
К.Б. Манышева – аспирант
Кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета и нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии
ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - д.м.н., проф. З.А. Абусуева.

Актуальность. Многие заболевания человека связаны с патологией психического статуса. Как правило, врач-стоматолог редко выходит за рамки стоматологического осмотра пациента, необходимого для верной постановки диагноза и проведения адекватной терапии. Ещё реже он ищет причины возникшего заболевания в нарушении соматического или психического благосостояния. Связь заболеваний зубочелюстной системы с наличием у пациентов чувства тревоги и депрессии исследована недостаточно.

Существующие исследования по взаимовлиянию здоровья зубов и психического благополучия в большинстве своем касаются такой тяжелой патологии, как деменция и шизофрения, и обнаруживают причины в низком уровне гигиены полости рта у пациентов психиатрического профиля. Чаще всего, по данным публикаций в периодической печати, у пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями встречается кариес.

Цель исследования: выявление взаимосвязи стоматологической патологии с уровнем депрессии на фоне исследования беременности.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось по разработанной сотрудниками кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ДГМУ схеме. Для определения уровня депрессии использовался опросник Бека. Беременность подтверждалась осмотром гинеколога и результатами ультразвукового исследования. Состояние полости рта оценивалось при стоматологическом осмотре.

Результаты исследования. В исследование были включены 54 пациентки – жительницы сельской местности Республики Дагестан в возрасте от 17 до 46 лет. Из них 16 женщин вышли из исследования в связи с нежеланием проходить дополнительное обследование, 10 – по религиозным соображениям, 2 пациентки – ввиду наличия языкового барьера. Для оставшихся 26 пациенток средний возраст составил 28 лет, возраст вступления в брак в среднем – 20,1 лет, среднее количество беременностей – 3,8, среднее количество родов – 1,7. Для 4 пациенток настоящая беременность являлась первой (средний возраст – 24,5 года), две пациентки относятся к категории многорожавших. У 6 обследованных акушерско-гинекологический анамнез не был отягощен (средний возраст – 30,5 лет). У остальных 16 пациенток отмечались в анамнезе выкидыши, самопроизвольные и медицинские аборты, неразвивающаяся беременность. У всех обследованных женщин социальный статус был низким, абсолютное большинство имело неоконченное среднее образование, 5 пациенток (19%) не умели читать.

При стоматологическом осмотре было обнаружено, что лишь у одной пациентки полость рта не требовала санации. Зубные импланты отмечались у двух пациенток, пломбированные зубы (в количестве от 1 до 11) – у 24 женщин, коронки (в количестве 1 – 12) – у 13 обследованных. У 1 пациентки был выявлен острый пульпит, у 19 больных отмечалось кариозное пораже-

ние 1 – 4 зубов (степень выраженности кариеса от поверхностного до глубокого). Адентия (отсутствие 1 – 6 зубов) была обнаружена у 18 беременных. Патологией пародонта страдали 11 пациенток.

При прохождении теста Бека получены следующие результаты: у 50% обследованных количество баллов составило от 4 до 13, что соответствует норме. У 6 пациенток отмечалась легкая депрессия (16-17 баллов), ещё у 6 – умеренная депрессия (23-27 баллов). Одна пациентка страдала от тяжелой депрессии: её суммарный балл составил 29. При этом большинство обследованных – 20 (76,9%), включая женщин с нормальным суммарным баллом, отметили нарушения в половой сфере, столько же – раздражительность, 18 (69,2%) – нарушение сна, 15 пациенток (57,7%) – усталость различной степени выраженности.

Важно отметить, что к группе пациенток с относительно удовлетворительным состоянием ротовой полости относятся пациентки с первой настоящей беременностью и пациентки с неосложненным акушерским анамнезом, у которых суммарный балл теста Бека соответствует варианту нормы или легкой депрессии (в 1 случае – 24 балла).

Выводы. Болезни зубов вызывают социальную изоляцию и снижение самооценки. Определить, что именно первично – стоматологическая патология или снижение самооценки – в рамках данного исследования не представляется возможным. Несомненно, оба этих фактора формируют своего рода порочный круг: патология зубочелюстной системы расценивается пациентками как косметический дефект, на фоне которого снижается самооценка, отмечается замкнутость и развивается депрессивное состояние, которое сопровождается абулией (в т.ч. нежеланием проводить гигиенические и профилактические мероприятия). Данное состояние усугубляется низким социальным статусом и невозможностью женщины реализовать себя в обществе. Частые, как правило, непланируемые беременности оказывают влияние на состояние здоровья и внешний вид пациенток, усиливая степень недовольства собой, а репродуктивные потери расцениваются женщинами и окружающими как серьезный недостаток, что вызывает чувство вины и неполноценности и создает неблагоприятный эмоциональный фон как дополнительный фактор риска депрессии.

«ВЕСЕЛЯЩИЙ ГАЗ» (ЗАКИСЬ АЗОТА) – ПРИЧИНА В12-ДЕФИЦИТНОЙ МИЕЛОПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Н. А. Шахманаева - студентка 4 курса лечебного факультета
Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии
ФГБОУ ВО "ДГМУ" Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - асс. С.Б. Ханмурзаева.

Актуальность. В настоящее время проблема злоупотребления закисью азота приобрела актуальность, так как среди лиц молодого возраста выросла популярность данного вида «развлечения». Распространено ошибочное мнение о безвредности данного вещества, которое якобы не оставляет следов употребления в организме.

При нормальной температуре закись азота представляет собой бесцветный негорючий газ с приятным сладковатым запахом и привкусом. Впервые она была получена в 1772 г. выдающимся британским химиком Джозефом Пристли. Однако свойства данного газа подробно были изучены позже, в конце XVIII – начале XIX в., его соотечественником, химиком Гемфри Дэви, который впервые установил опьяняющее и анестезирующее действие закиси азота на человека. Несмотря на то, что Гемфри Дэви выявил анальгезирующий эффект этого газа, прошло почти полвека, прежде чем его начали использовать в анестезиологии.

При этом закись азота сразу приобрела высокую популярность в качестве вещества, вызывающего кратковременную эйфорию, среди членов высшего британского общества, в связи с чем она получила свое второе название – «веселящий газ». В настоящее время закись азота в смеси с кислородом широко используется как средство для ингаляционного наркоза, в том числе у беременных и детей, поскольку имеет ряд преимуществ: не вызывает раздражения дыхательных путей, не метаболизируется в организме, не связывается с гемоглобином, полностью выводится в неизмененном виде через легкие в течении 10–15 мин. при злоупотреблении заки-

сью азота (регулярное даже краткосрочное использование) или применение ее у соматически отягощенных и пожилых лиц повышается вероятность развития патологических свойств этого вещества и прежде всего – снижения уровня цианокобаламина. Дело в том, что закись азота превращает активный кобальт [I] в составе цианокобаламина в неактивный [III], который быстро выводится из организма.

Общая распространенность клинически значимого дефицита витамина B12 неизвестна, однако риск развития симптомов недостаточности цианокобаламина значительно повышается, прежде всего при нехватке его поступления с пищей (диета, вегетарианство и др.), а также при снижении его всасывания в желудочно-кишечном тракте (хронический атрофический гастрит,воспалительные заболевания кишечника, последствия хирургических операций на желудочно-кишечном тракте и др.). В связи с этим развитие B12-дефицитного состояния и его последствий у пожилых людей, вегетарианцев, а также лиц, страдающих хроническим алкоголизмом или хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, понятно и ожидаемо. Настороженность в отношении дефицита витамина B12 присутствует и при повышенной потребности в нем в период беременности, при приеме ряда препаратов(оральные контрацептивы, ингибиторы протонной помпы, антагонисты H2-рецепторов, метформин, колхицин, холестирамин), а также при наличии генетической предрасположенности (синдром Имерслунда–Гресбека, ювенильная пернициозная анемия, врожденные нарушения метаболизма кобаламина). В то же время у относительно здоровых молодых людей, не имеющих ограничений в питании, развитие неврологических осложнений, связанных с дефицитом витамина B12,приводит врача к замешательству.

В настоящее время проблема злоупотребления закисью азота («веселящим газом») приобрела актуальность, так как среди лиц молодого возраста выросла популярность данного вида «развлечения

Цель исследования: изучить влияние закиси азота на вероятность развития дефицита витамина B12 – незаменимого кофактора важных процессов метаболизма.

Материал и методы исследования: Приводятся 2 клинических наблюдения развития неврологических нарушений у молодых людей, злоупотребляющих закисью азота.

Клинический случай 1. Пациентка М., 20 лет, студентка.Из анамнеза: периодически в течение года вдыхала закись азота (в выходные дни, до 3,5 л.).В феврале 2013 г. обратилась в ГБУ РД пол. №2 с жалобами на онемение пальцев рук и ног, повышенную чувствительность кожи стоп, неуверенность при ходьбе, ощущение «прострела электрического тока» вдоль позвоночника при наклоне головы. Считала себя больной на протяжении последних 11 месяцев (с марта 2012 г.) с постепенным медленным нарастанием вышеуказанных жалоб. Наличие хронических заболеваний и наследственной отягощенности отрицала. При общем осмотре: покраснение кожи в области шеи, акрогипергидроз, более выраженный в ладонях. В соматическом статусе без особенностей. В неврологическом статусе: сознание ясное, менингеальных симптомов нет. Пациентка ориентирована в пространстве и времени, на вопросы отвечает правильно. Черепные нервы интактны. Дистальный симметричный вялый нижний парез со снижением силы в разгибателях стоп и пальцев до 3 баллов, в сгибателях стоп и пальцев - до 4 баллов. В остальных группах мышц сила достаточная. Негрубая гипотрофия мышц голеней и стоп. Сухожильные рефлексы с двуглавых мышц плеч симметрично снижены, остальные не вызываются. Брюшные рефлексы средней живости, симметричные. Патологических рефлексов нет. Симптом Лермитта положительный. Пальценосовая проба с интенцией в конце действия с 2 сторон, коленно-пяточная проба – неуверенна с 2 сторон. В позе Ромберга неустойчива. Болевая гиперестезия с элементами гиперпатии по типу «высоких носков». Нарушение суставно-мышечного чувства в пальцах ног. Вибрационная гипестезия с лодыжек, голеностопных суставов и пальцев стоп. Сенситивная атаксия. Функции тазовых органов не нарушены.

Результаты лабораторных анализов показали:

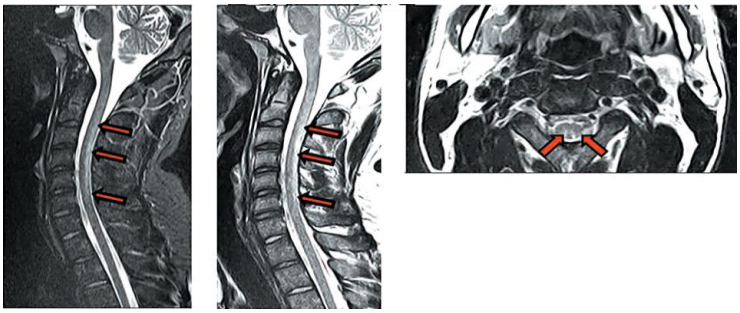
- уровни витамина B12 и фолиевой кислоты находились в пределах нормы – 298 нг/мл (норма 208–963 пг/мл) и 8,1 нг/мл (норма 5,28–28,90 нг/мл) соответственно;
- уровень гомоцистеина значительно превышал референтные значения – 120 мкмоль/л (норма 5,9–16,0 мкмоль/л).

Был установлен диагноз: хроническая прогрессирующая В12-дефицитная миелополинейропатия токсического генеза.

Клинический случай 2. Пациент А., 19 лет, студент, в мае 2015 г. обратился в ГБУ РД пол. №2 жалобы на слабость, онемение и жжение в стопах, неустойчивость при ходьбе, нарушение мочеиспускания, тревожность и нарушение сна. Считал себя больным с июня 2014 г., когда стал отмечать онемение в стопах. Через неделю присоединилось онемение в кистях рук, а через 3–4 дня начала нарастать слабость в руках и ногах. С указанными жалобами был госпитализирован в городскую клинику. При осмотре: диффузный гипергидроз, гиперпигментация кожи в области локтевых сгибов, голеней и стоп. Больной указывал на снижение массы тела за последний год на 15 кг. В неврологическом статусе на тот момент выявлялись менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц до одного пальца, симптом Кернига с 2 сторон), вялый дистальный тетрапарез со снижением мышечной силы до 3 баллов в кистях и до 2 баллов в стопах, диффузное снижение сухожильных рефлексов, гипестезия по полиневритическому типу, снижение суставно-мышечной чувствительности в пальцах рук и ног, элементы сенситивной атаксии. Пациент в течение 2лет регулярно злоупотреблял закисью азота с постепенным увеличением объемов вдыхания до 30л.в день.

Лабораторные исследования: уровни фолиевой кислоты (7,25 нг/мл при норме 5,28–28,90 нг/мл) и витамина В12 - 204 пг/мл. (при норме 208–963 пг/мл).

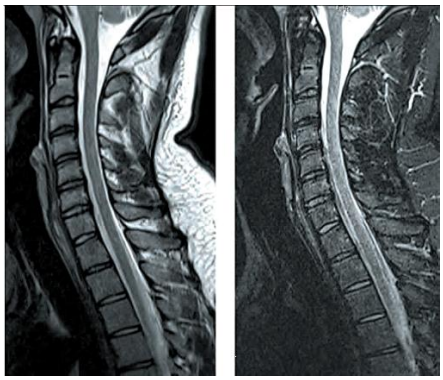
При магнитно-резонансной томографии (МРТ) шейного отдела спинного мозга и позвоночника на уровне С2 –С6 обнаружено повышение МР-сигнала в режимах Т2 и Т2 STIR в проекции задних канатиков спинного мозга (рис.1).



Результаты исследования:

Клинический случай №1. Был назначен препарат витамина В12 в дозе 1000 мкг внутримышечно 1 раз в неделю и комбинированный препарат витаминов группы В по 1 таблетке 3 раза в сутки длительно, а также симптоматическая терапия нейропатического болевого синдрома. Рекомендовано полностью отказаться от употребления закиси азота. При осмотре в динамике, спустя 2 мес., на фоне терапии у пациентки наблюдалась четкая положительная динамика: регрессировали жалобы на повышенную чувствительность кожи стоп, значительно уменьшились проявления симптома Лермитта, улучшилась походка. В неврологическом статусе отмечено нарастание силы в разгибателях стоп и пальцев до 4 баллов, появление сниженных коленных сухожильных рефлексов (ранее не вызывались). В анализе крови сохранялся повышенным уровень гомоцистеина (96 мкмоль/л), что было расценено как маркер латентного дефицита витамина В12. Терапию цианокобаламином решено было продолжить. Через 1 год на фоне регулярного приема витамина В12 у пациентки отмечено полное восстановление мышечной силы в ногах и регресс болевого синдрома. Сохранялись минимально выраженные резидуальные нарушения поверхностной чувствительности.

Клин.случай№2. Больному были назначены витамин В12 в дозе 1000 мкг/нед. на длительный срок, полный запрет употребления закиси азота, а также консультация нарколога. При повторном осмотре через 1 мес. в неврологическом статусе наблюдалось некоторое улучшение в виде уменьшения явлений сенситивной атаксии, регресса пирамидной симптоматики и нормализации мочеиспускания. По данным МРТ шейного отдела спинного мозга и позвоночника, отмечено отсутствие ранее регистрируемых очаговых изменений (рис. 2).



На протяжении последующего года пациент придерживался рекомендаций врачей, регулярно получал нейротрофическую терапию. Осуществлялся контроль гематологических показателей, с помощью которого достичь нормальных значений уровней витамина B12, фолиевой кислоты и гомоцистеина удалось лишь спустя 6 месяцев от начала патогенетического лечения. В неврологическом статусе через 1 год от момента установления диагноза сохранялись легкий дистальный нижний вялый парапарез, в разгибателях и сгибателях пальцев стоп в сочетании с гипотрофией мышц обеих стоп, а также болевая гиперестезия в той же зоне.

Вывод. Представлены 2 случая из практики с характерным для дефицита витамина B12 сочетанным поражением спинного мозга и периферических нервов при отсутствии явных гематологических нарушений, что согласуется с публикациями наших коллег, в том числе зарубежных. Следует отметить, что в большинстве случаев дефицит витамина B12 манифестирует именно неврологическими симптомами.

Рост популярности употребления «веселящего газа» среди лиц молодого возраста требует повышения настороженности среди клинических неврологов в отношении его возможных побочных эффектов – развития дефицита витамина B12 и связанных с ним неврологических нарушений. Важными являются пропаганда пагубности употребления закиси азота и рассеивание мифа о его безвредности. Во всех случаях подострого или хронического развития миелополинейропатий у лиц молодого возраста требуется тщательный сбор анамнеза с исключением факта употребления закиси азота. Помимо анамнестических и типичных клинических проявлений, решающим становится исследование уровней гомоцистеина и метилмалоновой кислоты. Гематологические (мегалобластная анемия) и другие соматические признаки дефицита витамина B12 не обязательны для лиц, которые злоупотребляют закисью азота. Только ранние диагностика и начало лечения определяют терапевтический успех, снижая число инвалидизирующих последствий B12-дефицитной миелополинейропатии токсического генеза среди молодого работоспособного населения.

Литература:

1. Hunt A., Harrington D., Robinson S.Vitamin B12 deficiency. BMJ 2014;349:5226.PMID: 25189324. DOI: 10.1136/bmj.g5226.

2. Oh R., Brown D. L. Vitamin B12 deficiency.Am Fam Physician 2003;67(5):979–86.PMID: 12643357.

3. Shipton M. J., Thachil J. Vitamin B1 deficiency – a 21st century perspective. Clin Med (Lond) 2015;15(2):145–50.PMID: 25824066. DOI: 10.7861/clinmedicine.15-2-145.

4. Briani C., Dalla Torre C., Citton V. et al.Cobalamin deficiency: clinical picture and radiological findings. Nutrients 2013;5(11):4521–39. PMID: 24248213. PMCID: PMC3847746. DOI: 10.3390/nu5114521.

5. Duque M. A., Kresak J. L., Falchook A., Harris N. S. Nitrous oxide abuse and vitamin B12 action in a 20-year-old woman: a case report. Lab Med 2015;46(4):312–5. PMID: 26489675. DOI: 10.1309/LM0L9HAVXCHF1UQM.

6. Somyreddy K., Kothari M. Nitrous oxide induced sub-acute combined degeneration of spinal cord: a case report. Electromyogr Clin Neurophysiol 2008;48(5):225–8. PMID: 18754532.

7. Н. А. Супонева, Д. А. Гришина, Л. А. Легостаева, Е. Г. Мочалова -Хроническая интоксикация «веселящим газом» (закисью азота)–причина B12-дефицитной миелополинейропатии у лиц молодого возраста // Научно-практический еженедельный медицинский журнал «Нервно-

мышечные болезни» 2016. Т. 6, № 4.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ О СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛО- И АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА

Д.Р. Рагимова – студентка 6 курса лечебного факультета ДГМУ
Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО "ДГМУ"Минздрава России г. Махачкала. Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО "РНИМУ" им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Научные руководители - д.м.н., проф. Г.А. Гаджимирзаев и д.м.н., проф. М.М. Магомедов.

Актуальность. Одним из самых трудных, но в то же время, очень востребованных и популярных разделов пластической хирургии является «Ринопластика». По статистике она занимает второе место в пластической хирургии после маммопластики.

Деформации наружного носа врожденного характера или возникшие вследствие травмы и ятрогении изменяют благообразие лица, соответственно лишает его выразительности, а иногда и уродуют, приводя людей к тягостным переживаниям, тяжелым психогенным реакциям, отрывают их от коллектива и от общественно полезной деятельности. Поэтому изменение формы наружного носа (восстановление благообразия лица) уже на протяжении многих десятилетий остается в центре внимания исследователей.

Сегодня в распоряжении хирургов имеются как имплантаты – материалы небиологического происхождения (силикон, углеродные конструкции и т.д.), так и трансплантаты – материалы биологического происхождения.

В свою очередь, трансплантаты могут быть человеческого (аутотрансплантаты, а также алло- или гомотрансплантаты) и животного (ксено- или гетеротрансплантаты) происхождения. Следует отметить, что наилучшими свойствами обладают собственные ткани человека – аутотрансплантаты.

Использование такого распространенного материала, как силикон, или других синтетических материалов, широко распространенных в пластической хирургии в настоящее время, признано неэффективным при пластике наружного носа, так как при дефектах спинки носа они подвержены смещению, раздражают кожу, вызывают воспаление и затем выводятся из организма.

Однако частый дефицит собственных тканей (в частности хрящевой ткани), который, как правило, встречается в ринохирургии, в связи с предыдущими операциями или нежеланием пациентов иметь дополнительные послеоперационные рубцы в области взятия аутоматерила, вынуждают хирургов постоянно заниматься поиском новых пластических материалов. Важными факторами являются необходимые свойства этих трансплантатов применительно к реципиентной зоне: они должны быть пластичными, иметь возможность к моделированию, соответственно необходимой форме спинки носа, не вызывать повышенного рубцевания, укрывать дефекты и др.

Цель исследования: сравнить эффективность применения алло- и аутотрансплантатов реберного хряща при деформациях наружного носа в отдаленном периоде (срок наблюдения – 1 год).

Задачи:

1) определить структурные нарушения благообразия лица, развившиеся после травмы, без утраты мягких тканей носа, но с изменением формы пирамиды носа, вследствие повреждения костно-хрящевого каркаса;

2) оценить ближайшие и отдаленные результаты ринопластики с использованием консервированного алло- и ауторебeрного хряща.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 10 пациентов – молодые люди в возрасте от 19 до 32 лет, с посттравматическими седловидными деформациями наружного носа, которые имели выраженный характер. Пациенты были разделены на 2 группы.

У всех наблюдаемых имелись структурные нарушения в средней зоне лицевого скелета, которые сопровождались расхождением лобных отростков верхней челюсти, деформацией перегородки и спинки носа и опущением кончика.

В первую группу вошли 5 больных, которым в качестве трансплантата был использован реберный аутохрящ, изъятый интраоперационно. Материал брали из 7 ребра справа, и в последующем он моделировался по необходимой форме спинки носа. Кроме того, в область между медиальными ножками крыльного хряща также устанавливалась и фиксировалась колонка (пластинка) хряща шириной около 10 мм и толщиной 2 мм.

Вторая группа состояла из 5 лиц, которым в качестве пластического материала был применен консервированный реберный хрящ, (банк биоматериалов «Аллоплант», г. Уфа, Россия). Моделирование хряща для спинки и кончика носа производили аналогично первой группе.

Результаты исследования. Оперированные наблюдались в течение 1 года.

В первой группе (где применялся аутохрящ) – форма носа имела эстетически удовлетворительный вид, спинка носа - по средней линии, кончик носа стабилен, больные результатами операции довольны.

Во второй группе (где был применен консервированный реберный хрящ) в течение всего срока наблюдения форма носа также оставалась стабильной, отклонения спинки носа от средней линии нет, кончик носа фиксирован в изначальном положении, покрывающие мягкие ткани не изменены.

Однако следует отметить, что для забора аутоматериала возникает необходимость дополнительной операции на грудной клетке (для взятия фрагмента ребра), что вызывает затягивание вмешательства, а также известные неудобства в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы.

• В обеих группах наблюдения (в течение 1 года) отмечаются хорошие результаты со стабильным эстетичным видом в отдаленном периоде.

• Алломатериалы и аутотрансплантаты могут применяться в реконструктивной хирургии средней зоны лица с одинаковым косметическим эффектом.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

З.М. Джалалова - студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научные руководители - д.м.н., проф. Г.А. Гаджимирзаев и к.м.н. Э.Г. Гамзатова.

Актуальность. Аллергический ринит (АР) широко распространенное заболевание, которое встречается у 20-60% населения. Существующие методы лечения АР с использованием антигистаминов, глюкокортикостероидов, мембраностабилизаторов у части больных не приносят желаемого результата, что диктует необходимость дальнейшего углубленного изучения различных звеньев патогенеза АР с использованием новейших достижений теоретической и прикладной медицины.

В последние годы уделено внимание состоянию системы оксиданты-антиоксиданты при различных заболеваниях, в том числе аллергозах респираторной системы, однако при АР подобного рода исследований крайне мало и носят они фрагментарный характер.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности лечения круглогодичного аллергического ринита (КАР) с использованием препаратов антиоксидантного и антигистаминного действия.

Материал и методы исследования. Клинико-лабораторному обследованию подвергнуто 70 больных с диагнозом КАР. Пациенты были в возрасте от 17 до 40 лет. Контрольную группу составили 24 здоровых добровольца - доноров в возрасте 20-22 лет.

Для оценки результатов лечения по данным клинических признаков КАР использовали систему визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) с оценкой симптомов болезни в зависимости от их выраженности по 4-х бальной (от 0 до 3) системе. Состояние липидного обмена оценивали по уровню концентрации общего холестерина, общих липидов и общего белка в носовом секрете. Об активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) судили по уровню малонового диальдегида (МДА), антиоксидантную систему проводили путем определения активной супероксиддисмутазы (СОД), каталазы и общей антиоксидантной активности (ОАА).

Результаты исследования. Из числа 70 больных КАР подвергнутых клинико-лабораторному обследованию, в зависимости от проводимого лечения были образованы 3 группы. В 1-ю вошло 23 человека, лечившихся приемом дезлоратадина (эриуса), во 2-ю - 23 пациента, получавшие полиоксидоний, и в 3-ю группу – 24 больных, которым в протокол лечения одновременно были включены эриус и полиоксидоний.

Дезлоратадин (эриус) относится к группе блокаторов рН-рецепторов второго поколения. Эриус назначили в таблетированной форме в дозе 5 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки в течение 30 дней. Полиоксидоний обладает антиоксидантным, детоксицирующим и мембраностабилизирующим действием. Препарат вводили внутримышечно по 6 мг через 2-3 дня, на курс лечения 10-12 инъекций.

В первой группе больных, пролеченных эриусом, к концу месячного курса наблюдалось статически значимое ослабление выраженности клинических признаков АР (заложенность носа, избыточное слизистое отделяемое носа, чихание, зуд в носу и горле, изменение окраски слизистой оболочки носа, отек носовых раковин, стекание слизи по задней стенке глотки). Суммарная балльная оценка выраженности симптомов носовой аллергии при первичном обследовании у больных данной группы составила 18,14 ± 2,13 балла, к концу курса лечения этот показатель снизился до 8,00± 3,02 балла, при $P \leq 0,02$.

По окончании лечения уровень концентрации общего холестерина (0,12± 0,02 ммоль/л) и общих липидов (1,97 ± 1,87 г/л) в содержимом полости носа не изменился по сравнению с первоначальными величинами (соответственно 0,12 ± 0,04 ммоль/л и 1,98 ± 1,69г/л). По сравнению с исходным уровнем, концентрации общего белка (0,02 ± 0,004 г/л) при повторных ис-

следованиях показали значимо более низкие среднестатистические цифры (0,01± 0,003 г/л). Имело место также достоверное снижение концентрации МДА (3,32 ± 0,80 ммоль/л до лечения, 2,31 ± 0,81 ммоль/л после лечения). Повторное исследование антиоксидантной системы показало значимое повышение активности СОД (16,95 ± 1,83 ед.мг/белка против 15,11 ± 2,41 ед./мг/белка до лечения) и недостоверное повышение активности каталазы (0,00063 ± 0,0002 ммоль/г – до лечения , 0,00066 ± 0,0004 ммоль/г, после лечения). Активация ферментной системы сопровождалась также высокодостоверным повышением ОАА (9,07 ± 1,62% до лечения, 11,87± 2.02% по окончании лечения).

Проведенное лечение КАР с использованием эриуса показало неоднородность реакции организма больных на прием этого препарата: более существенные положительные сдвиги наблюдались в отношении показателей антиоксидантной защиты, ПОЛ и общего белка, вместе с тем подобной положительной динамики значений общего холестерина и общих липидов не наблюдалось.

Во 2-й группе, получивших лечение полиоксидонием, спустя месяц после начала лечения отмечалось достоверное ослабление выраженности всех субъективных и объективных признаков АР, за исключением симптома «зуд в носу и горле» (2,10 ± 0,04 балла до лечения, 1,61 ± 0,08 балла после лечения; при $P \geq 0,05$). Суммарный балл шкалы всех симптомов КАР снизился более чем в 2 раза.

Изучение биохимических составляющих липидного обмена, оксидантов-антиоксидантов в носовом секрете у больных 2-й группы дало следующие результаты. Уровень концентрации общего холестерина и общих липидов после завершения лечения по сравнению с исходными величинами не изменился. Содержание общего белка опустилось на существенно низкие среднестатистические цифры (0,01 ± 0,001 г/л), по сравнению с исходными (0,02 ± 0,001 г/л). Лечение благоприятно сказалось также и на уровне концентрации МДА (2,15 ± 1,12 ммоль/ г до лечения, 1,66 ± 0,51 ммоль/г после лечения). Повторное исследование антиоксидантной системы показало значимое повышение активности обоих ферментов: каталазы и супероксиддисмутазы. Наблюдалось также высокодостоверное повышение общей антиоксидантной активности.

Таким образом, терапия АР отечественным препаратом полиоксидонием привела к ослаблению выраженности клинических проявлений болезни. Положительная динамика субъективных и объективных признаков КАР коррелировала с благоприятными сдвигами в системе оксиданты-антиоксиданты. Вместе с тем ингридиенты липидного обмена (общий холестерин, общие липиды) оказались торпидными к указанной терапии.

Оценка влияния совместного применения эриуса и полиоксидония в группе больных КАР показала, что по сравнению с исходными величинами в баллах, отражающими степень выраженности клинических симптомов, по окончании курса терапии заметный положительный эффект получен в отношении всех признаков болезни. Комбинированное лечение КАР привело к высокодостоверному ($P \leq 0,001$) снижению выраженности подавляющего большинства анализированных симптомов АР. Среднестатистические параметры биохимических соединений в носовом секрете у больных 3-й группы после завершения комбинированного лечения также претерпели заметные изменения в сторону положительной динамики. Уровень концентрации продуктов липидного обмена (общие липиды и общий белок) значимо снизился по сравнению с исходными высокими цифрами, а показатель общего холестерина остался неизменным. Показатели системы оксиданты-антиоксиданты демонстрируют снижение концентрации МДА и повышение активности антиоксидантной системы, и они сопоставимы с физиологической нормой.

Заключение. Апробирование различных схем лечения КАР с использованием эриуса и полиоксидония показало, что одновременное включение в протокол лечения препаратов антигистаминного и антиоксидантного действия способствует более выраженному повышению качества терапии, чем при их отдельном применении. Анализ результатов наших исследований позволяет утверждать о значении в патогенезе АР как аллергического фактора, так и дискорреляции в системе оксиданты –антиоксиданты. С точки зрения внедрения результатов наших научных исследований в практическое здравоохранение, следует констатировать целесообразность включения в протокол лечения АР одновременно с антигистаминами последней генерации и фармакопрепаратов антиоксидантного действия, в частности полиоксидония.

Литература

• Андреева Л.И. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарби-

туровой кислотой // Лабораторное дело. 1988. №11. С.41-44.

• Антонив В.Ф., Короткова Т.В. Показатели перекисного окисления липидов крови у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух //Вестн.оторинолар. 1997. №4. С.44-47.

• Демчук М.Л., Левченко Л.И., Промыслов М.Ш. Процессы перекисного окисления липидов // Нейрохимия. 1990. №1. С.108-110.

• С.Г.Бойко и др. Дислипидемия, аудиологические особенности и биологические маркеры процессов свободнорадикального окисления у пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью. /// Росс.оторинолар. 2011. №1. С.12-17.

• Дубинина Е.Е. Активность и свойства СОД эритроцитов и плазмы крови человека в онтогенезе //Укр.биохим.журнал. 1998. Т.66. С.20-24.

• Карпова Е.П., Усеня Л.И., Бойкова В.Н. Биохимическая оценка интенсивности процессов свободнорадикального перекисного окисления липидов и состояние системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом //Росс.ринология. 2005. №2. С.185.

• Королюк.М.А., Иванова Л.К., Майорова И.Г. Метод определения активности каталазы //Лаб.дело. 1988. №4. С.44-47.

• Крюков А.И., Петухова Н.А. Ангиогенная кохлеовестибулопатия. М.:Медицина, 2006.-С.254.

• Лупырь А.В.,Негипа Л.С. Динамика показателей оксидантной и антиоксидантной систем у больных аллергическим ринитом в ходе лечения методом лазерного облучения крови // Журн.ушн.нос.и горл.болезней. 2000. №2. С.47-49.

• Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Сергеева Н.А. Особенности нарушения липидного обмена у пациентов с острой нейросенсорной тугоухостью различного генеза //Вест. Оторинолар. 2005. №4. С.28-30.

• Прохорова М.И. Методы биохимических исследований. Л.:Медицина,1982. С.272.

• Состояние элементов антиоксидантной системы организма у пациентов с сенсоневральной тугоухостью /С.Г.Бойко [и др.] //Росс.оториноларингология. 2009. №5. С.16-20.

• Шамов И.А. Биомедицинская этика. Учебник для медицинских вузов. Изд. 2. Махачкала, 2005.-408 с.

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ

УДК:617.57/.58-001.45-089

ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Исаева Ф.М., Исадибиров И.Ш. – студенты 6 курса лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – д.м.н, доц.. Атаев А.Р.

В современных вооруженных конфликтах частота огнестрельных ранений конечностей достигает 65 % от всех санитарных потерь. Огнестрельные переломы длинных костей конечностей составляют до 40 %. В связи с совершенствованием стрелкового оружия 47,6 % ранений конечностей являются тяжелыми и крайне тяжелыми, в 30,2 % случаев результаты лечения остаются неудовлетворительными.

Нами пролечено 60 раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей, вызванными высокоэнергетическими снарядами. Локализация переломов отмечена следующая: у 16 диагностировали огнестрельный перелом бедра; костей голени – у 25; плечевой кости – у 12 и переломы костей предплечья – у 7 раненых.

Лечебная тактика была следующей: под общей анестезией проводилась первичная хирур-

гическая обработка костно-мышечной раны, с иссечением нежизнеспособных тканей при бережном отношении к мягким тканям и костным отломкам с целью сохранения их кровоснабжения.При этом сохраняли все костные фрагменты, удаляли крупные инородные тела, промывали растворами антисептиков, производилась фасциотомия, репозиция и внеочаговый остеосинтез отломков аппаратом внешней фиксации типа АО, проточно-аспирационное дренирование, первичное закрытие раны местными тканями (без натяжения).

Всем больным завершали первичную хирургическую обработку огнестрельного перелома наложением стержневого аппарата внешней фиксации АО. В процессе лечения отмечали стихание воспалительного процесса и заживление ран. Средние сроки заживления ран составили 13,9±2,3 сут. По заживлении раны был выполнен внутренний накостный стабильный остеосинтез. В дополнительной иммобилизации после операции больные не нуждались. Раннее функциональное лечение позволило получить хорошие и удовлетворительные результаты у 93,4% пострадавших, у 4 (6.6%) пациентов отмечены гнойно-воспалительные осложнения, которые потребовали повторных оперативных вмешательств.

Таким образом, применяемая нами тактика последовательного остеосинтеза в лечении огнестрельных переломов позволила нам достоверно сократить средние сроки лечения раненых и улучшить отдаленные функциональные результаты.

УДК:616.748.54-018.38-001.4-089

ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

Исадибиров И.Ш., Исаева Ф.М. – студенты 6 курса лечебного факультета
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н, доц.. Атаев А.Р.

Актуальность. Лечение застарелых разрывов ахиллова сухожилия представляет собой трудную задачу. Показанием к хирургическому лечению застарелых разрывов является слабость подошвенного сгибания в голеностопном суставе при ходьбе, подъеме по лестнице или при стоянии на пальцах. Оно сопряжено с возможностью инфекционных осложнений и длительной реабилитацией, а также не всегда удовлетворительными результатами лечения. При застарелых разрывах концы сухожилия ретрактированы и атрофичны и, как правило, имеется диастаз от 3см и более. Поэтому приходится прибегать к различным вариантам пластики.

Нами разработан способ восстановления ахиллова сухожилия. Он апробирован и применяется в лечении больных с застарелыми повреждениями ахиллова сухожилия. Способ осуществляется следующим образом: обычным доступом обнажаем сухожилие, выделяем, берем на держалки и отводим в сторону паратенон вместе с фасцией и подкожной клетчаткой.В центре проксимального сегмента ахиллова сухожилия П-образным сечением формируем лоскут такой длины, чтобы при его низведении до наружной кортикальной пластинки пяточного бугра еще сохранялся боковой контакт с материнским лоскутом не менее, чем 5-6 см в длину. Это необходимо для обеспечения хороших условий для заживления. Низводимый лоскут проводим интратендинально в дистальном фрагменте ахиллова сухожилия в заранее сформированном, через дополнительный разрез, продольном канале пяточного бугра и здесь фиксируем трансоссальным швом. Накладываем узловые швы на контактирующие поверхности ахиллова сухожилия, восстанавливаем мягкие ткани над ахилловым сухожилием, наклыдываем швы на кожу. Стопе придаем пложение 90 градусов по отношению к оси голени и накладываем гипсоый сапожок на срок до 4 недель.

По предложенной методике было прооперировано 18 пациентов.Мужчин было 11 и 7 женщин, в возрасте от 37 до 62 лет. Послеоперационный период протекал без особенностей, лишь в 2 случаях отмечен краевой послеоперационной раны. Раны у этих пациентов зажили вторичным натяжением, дополнительных вмешательств не потребовалось.Средние сроки стационарного лечения составили 16,5±2,1суток.

Далее в амбулаторных условиях проводился курс восстановительного лечения (ЛФК,

парафиновые аппликации, массаж, электростимуляция). Полную нагрузку разрешали через 5-6 недель после операции.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ПОДРОСТКОВ

А.А. Абакаров – аспирант
Кафедра травматологии, ортопедии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абакаров А.А.

В литературе имеется ряд классификаций паллиативных хирургических вмешательств, применяемых при врожденном вывихе бедра у детей старшего возраста, подростков и взрослых. По нашему мнению, классификация должна отражать не только техническое исполнение, но и функциональный исход. Этим требованиям в основном отвечает классификация, предложенная Лирман Т.И. (1957). Автор все паллиативные вмешательства на тазобедренном суставе делит на: 1) остеотомии; 2) артродезы; 3) навесы. Аналогичное мнение у Т.А. Ревенко (1968), только он добавляет эндопротезирование проксимального конца бедра, что совпадает с точкой зрения многих современных ортопедов.

Задачей паллиативных хирургических вмешательств является не радикальное излечение существующей патологии, а устранение наиболее тяжелых симптомов, ухудшающих качество жизни больного.

Опорные остеотомии производились ранее в области проксимального конца бедра, и основной их целью являлась коррекция порочной установки конечности, устранение или уменьшение тяжелых симптомов данной патологии.

Первую операцию остеотомии при застарелом вывихе бедра выполнил Kirmisson A. (1884). Автор производил поперечную подвертельную остеотомию для устранения контрактуры и гиперлордоза и получал умеренное удлинение конечности путем ее отведения.

Эта же операция была усовершенствована Froelich M. (1925). Он производил остеотомию бедра на уровне вертлужной впадины с расчетом упора проксимального конца дистального фрагмента во впадину. Автор добился значительного снижения степени хромоты больного за счет костного упора бедра в области таза.

Подобные же вмешательства с открытым внедрением верхушки дистального фрагмента бедра в вертлужную впадину и созданием угла между отломками предложил Lorenz A. (1919). Усовершенствованную же технику данной операции одновременно предложили Haas S. (1916), Bayer (1919).

Операция Байер-Лоренца получила значительное распространение, ибо она не только устраняла лордоз позвоночника, но и значительно уменьшала степень хромоты пациента.

Относительно новым направлением среди паллиативных остеотомий бедра являлась операция Schanz A. (1922). Автор поперечную остеотомию бедра осуществлял на уровне середины верхней ветви седалищной кости, а дистальный отломок отводил на 35-40°, создавая угол между фрагментами бедра, открытый кнаружи и кзади. Фиксацию производил длинными винтами своей конструкции, вмонтируемыми в тазобедренную гипсовую повязку.

Операция Шанца уменьшала симптом Тренделенбурга за счет повышения тонуса ягодичных мышц, опоры в тазовую кость. Операция в разных вариантах применяется и в настоящее время. Никифорова У.К. (1938) предложила фиксацию фрагментов бедра под необходимым углом пластиной Лена. Козловский А.А. (1934) фиксировал фрагменты бедра аутотрансплантатом, взятым из гребня большеберцовой кости.

Богданов Ф.Р., Тимофеева Н.А. (1959) рекомендовали остеотомию бедра производить на уровне вертлужной впадины так, чтобы после отведения бедра малый вертел входил в вертлужную впадину. Подобное же вмешательство у подростков предложил Поздеев А.П. (2010) в сочетании с одновременным удлинением бедра и удержанием его в необходимом положении. Ряд авторов предлагают создание костного выступа с углообразной согнутой пластиной (Кормашев А.Н., 1999), а также различного рода пластинки и функциональные аппараты (Богданов

Ф.Р. с соавт, 1959; Кумаев А., 1987; Ахтямов И.Ф., 2008 и др). Они рекомендуют сохранять пластинки до завершения роста пациента, ибо угол между фрагментами бедра в растущем организме со временем выпрямляется.

Наблюдения ортопедов со временем выявили ряд отрицательных моментов опорной остеотомии бедра по Шанцу. Нередким явлением было нагноение мягких тканей вокруг винтов, переломы самих винтов (Гольдберг И.А., 1936), ограничение движений и боли в коленном суставе (Никифорова Е.К., 1949; Елецкий А.Г., Озеров А.Х., 1960; Корж А.А., 1965; Дедова В.Д., Нефедьева Н.Н., 1969; Волков М.В. с соавт, 1970, 1983 и др.), укорочение конечности, которое компенсировалось отведением бедра. Однако полностью устранить разницу в длине конечностей не удавалось. Соответственно появлялось компенсаторное искривление позвоночника с ранним остеохондрозом и корешковой симптоматикой.

Известным методом усовершенствования операции Шанца считается метод Milch M. (1950). Автор производил поперечную остеотомию бедра над малым вертелом и внедрял его в вертлужную впадину. Положительные отзывы об этой методике при коксартрозе у взрослых отмечены в работе Ф.Р. Богданова и В.И. Финкина (1958), В.Н. Гурьева (1978), Yorstens C et all. (1983) и др.

На втором Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов (1969) все паллиативные операции при врожденном вывихе бедра у подростков и взрослых оценены отрицательно и не рекомендованы для практического применения. Главным недостатком считалось нарушение биомеханической оси и укорочение конечности.

С целью устранения этих недостатков Берлингер В.И. (1949) предложил сочетать остеотомию бедра с многосегментарным удлинением по Богоразу. Положительный отзыв о подобной методике сообщил Абдугафуров А.А. (1966). Однако полного устранения разницы в длине конечностей не наблюдалось ни в одном случае.

После появления практических разработок и изобретения компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации проблема устранения разницы в длине конечностей приобрела другой смысл. В.А. Терещенко (1981) изучал результаты паллиативных операций при врожденном вывихе бедра у подростков. Автор, по рекомендации Илизарова Г.А. создавал опорную точку под таз с одномоментным устранением укорочения конечности. В последующем они рекомендовали опорную остеотомию в верхней трети бедра сочетать с остеотомией в нижней трети с целью удлинения конечности.

Изучение литературных данных показало, что устранение разницы в длине конечностей и создание регенерата заданной формы нашло свое развитие в работах ряда авторов (Введенский С.П., 1964,2010; Дедова В.Д., Черкасова Т.И., 1973; Краснов А.Ф. с соавт 1978; Смелов С.В., Караулов Г.М., 1984; Кормашов А.Н., 1999; Волокитина Е.А., 2002; Абакаров А.А., 2009; Поздеев А.П., 2010 и др).

Краснов А.Ф. (1978) сообщил о хороших результатах лечения 27 больных подросткового возраста, которым удлинение бедра в аппарате Илизарова сочеталось с созданием навеса над неоартрозом.

Кормашов А.Н. (1999) обобщил результаты лечения 70 больных подросткового возраста с врожденным вывихом бедра по методике Илизарова-Шанца. Автор пришел к заключению, что двойная остеотомия приводит к трудно управляемому среднему фрагменту бедра. Поэтому он разработал свою методику профилактики расхождения костных фрагментов и сокращения сроков стационарного пребывания больного.

Таким образом, опорные ангулирующие остеотомии с удлинением бедра у подростков и взрослых расширили круг хирургических возможностей для стабилизации походки больного. Однако длительные сроки пребывания больного в стационаре, множество осложнений не позволяют им занять ведущее место в решении проблемы лечения врожденного вывиха бедра у подростков и взрослых.

Предложенная методика оперативного лечения позволяет полностью исключить возможность расхождения костных фрагментов, создать оптимальные условия для их консолидации, уменьшить время пребывание больного в стационаре.

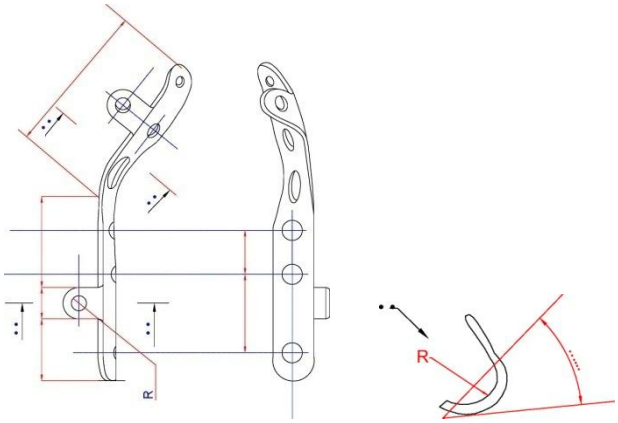
Актуальность рассматриваемой темы подтверждается значительным числом осложнений в лечении в виде замедленной консолидации и ложных суставов (Буйлова Т.В., 2002; Решетников А.Н., 2004). Кроме того, осложнения при лечении больных с использованием аппаратных фиксаторов на бедре встречаются гораздо чаще и протекают гораздо тяжелее (Илизаров Г.А., Паевский С.А., Барабаш А.П., 1982; Карагодина А.Д., 1989; Голубев Г.Ш., Веселов Н.Я. и др.,

1995; Блискунов А.И., Лейкин М.Г., Джумабеков М.А. и др., 1996; Загалов С.Б., Калоев С.З.,2003).

Нами предложена спинальная пластина для фиксации бедра после паллиативных операций.

Модификация заключается в сгибании пластины с лапками во фронтальной плоскости примерно на 40-50 градусов на расстоянии 15-20см от конца и ротировании в сагиттальной плоскости кнаружи на 15-20 градусов. Пластинка позволяет развернуть проксимальный конец бедра во фронтальной плоскости на 45-50 градусов и удержать в положении антеторсии на 15-20 градусов с углом между отломками, открытым кнаружи и кзади. Косая линия остеотомии, идущая от основания большого вертела под малый вертел, позволяет одномоментно удлинить бедренную кость на 3-4см. Пластинку рекомендуется не удалять до завершения роста пациента.

По данной методике оперировали 106 больных от 15 до 30 лет, из которых 95 человек подросткового возраста. Во всех случаях получен запланированный угол деформации проксимального конца бедра. Осложнений в виде нагноения и не сращения отломков не было.



ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПРОФИЛАКТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРКОМАНИИ КАК ФАКТОРА РАЗРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ

С. Р. Шамсиева – ассистент

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., доц. Моллаева Н. Р.

Употребление детьми и молодежью психоактивных веществ представляет собой серьезную проблему современного общества. Косвенно или напрямую она затрагивает практически каждого пятого жителя страны. Ухудшение здоровья, распространение курения, употребление алкогольных напитков и наркотиков достигло критического уровня, и дальнейшее нарастание этих тенденций может вызвать необратимые последствия.

Актуальность. Постперестроечные российские реформы повлияли на все уровни социальной системы, что выражается в углублении общественного кризиса, обострении имеющихся и возникновении новых социальных проблем, в стремительном увеличении групп людей, которые остро нуждаются в государственной защите и поддержке. Опасные последствия экономического кризиса связаны с ухудшением духовной сферы нашего общества, ростом преступности, среди подростков и молодежи особенно, с падением нравственных устоев и идеалов, недостаточной занятостью молодежи. В таких условиях подростки и молодежь склонны к девиантному поведению, к такой его разновидности, как наркомания и токсикомания. Масштабы и темпы распространения наркотизации в России таковы, что ставят под угрозу физическое и моральное здоровье молодежи, будущее значительной ее части, социальную стабильность российского общества. К тому же идет тенденция увеличения числа наркоманов, а ее неблагоприятные последствия для общества весьма значительны. Наркотики все чаще становятся неотъ-

емлемой особенностью молодежной субкультуры, компонентом общения, приходят на смену алкоголю как атрибуту молодежных досуговых мероприятий. Заметно сократилось расстояние между нормой и отклонением, стирается грань между допустимым и недозволенным.

Идет неуклонный процесс «омоложения» наркомании и токсикомании. Средний возраст начала употребления наркотических и токсических веществ снизился до 14 и менее лет. За последние 15 лет число подростков, взятых на учет с диагнозом «наркомания», увеличилось в 15 раз, а смертность среди них – в 42 раза. Подростковая наркомания – особый вид наркомании: человек еще не сформировался как личность, еще не понял, что собой представляет жизнь, не наметил цели и в этот момент его психику начинают атаковать наркотики. Мотивация к жизни у такого человека фактически отсутствует [3]. Динамика вышеназванных аномалий определяет степень зрелости общества, дает возможность прогнозировать распространение в будущем наркомании и токсикомании в молодежной среде. Наркотизации населения способствуют стрессогенные социально-экономические условия современного общества. Все чаще потребление наркотиков выступает способом адаптации к сложной микросоциальной среде, служит средством самоутверждения в сложном и меняющемся обществе. И если проблема алкоголизма традиционна для России, то проблема наркомании и токсикомании сравнительно нова, недостаточное ее решение необратимо подрывает интеллектуальный и физический потенциал нации. Это мощнейший фактор социальной дезорганизации, самая серьезная угроза нормальному функционированию общества. Наркомания и токсикомания разрушают накопленные человеческой культурой навыки деятельности и общения, выводят из строя механизмы взаимодействия между людьми, без которых невозможно само существование общества. Подобная ситуация требует незамедлительного поиска нового подхода к профилактике предотвращения таких девиаций, как наркомания и токсикомания в молодежной и подростковой среде. Профилактикой наркомании среди подростков должен заниматься врач-нарколог с опытом работы в подростковой наркологии [2]. Необходима разработка и реализация на государственном уровне альтернативных поведенческих технологий, одной из которых является внедрение концептуально обоснованных инновационных программ в области молодежной политики, а именно в сфере досуга и занятости.

Цель и задачи исследования.

- рассмотреть основные подходы к определению ключевых понятий «наркотизм», «наркомания» и «токсикомания», характеризующих проявление девиантного поведения в молодежной среде;
- определить основные тенденции употребления наркотических и токсических веществ в изучаемой среде;
- раскрыть структуру потребляемых наркотических веществ;
- выявить причины и факторы, способствующие и препятствующие употреблению наркотических веществ подростками и молодежью;
- охарактеризовать социально-демографическую группу риска, употребляющую наркотические и токсические вещества;
- проанализировать существующие подходы к профилактике наркомании и токсикомании и сформировать предложения по ее оптимизации.

Теоретико-методологическая основа исследования.

Методологической основой исследования послужили классические работы зарубежных ученых в данной области (Э. Дюркгейм, Н. Смелзер, А. Коэн, Р. Мертон), а также труды отечественных исследователей, раскрывающих сущность проблематики (Я.И. Гилинский, А.А. Габиани, Б.М. Левин, Г.Г. Силласте, С.А. Беличева, Е.А. Кошкина, В.В. Макаров и др.). Объектом работы учителей, воспитателей, социальных работников и пропагандистов здорового образа жизни являются первичная и частично вторичная профилактика, в которой применяются следующие методы: беседа, дискуссия, лекция, ролевая игра, психогимнастика, методы опроса, интервью, анкетирование.

1. **Беседа** – один из основных методов психологии и педагогики, который предполагает получение информации об изучаемом явлении в логической форме как от исследуемой личности, членов изучаемой группы, так и от окружающих людей. В последнем случае беседа вы-

ступает как элемент метода обобщения независимых характеристик. Научная ценность метода заключается в установлении личного контакта с объектом исследования, возможности получить данные оперативно, уточнить их в виде собеседования.

2. **Дискуссия** (от лат. discussio – рассмотрение, исследование) – публичное обсуждение какого-либо спорного вопроса, проблемы; спор. Двумя важнейшими характеристиками дискуссии, отличающими её от других видов спора, являются публичность (наличие аудитории) и аргументированность. Обсуждая спорную (дискуссионную) проблему, в которой каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию.

3. **Лекция** – монологический способ изложения объемного материала. Используется, как правило, в старших классах и занимает весь или почти весь урок. Преимущество лекции заключается в возможности обеспечить законченность и целостность восприятия школьниками учебного материала в его логических опосредованиях и взаимосвязях по теме в целом.

4. **Ролевая игра** – воспроизведение действий и отношений других людей или персонажей какой-либо истории как реальной, так и выдуманной. Примерами ролевых игр являются такие игры, как «дочки-матери», «в магазин», «игра в школу». Ролевая игра – способ обогащения чувств и накопления опыта, развития воображения, преодоления страхов и развития коммуникативных навыков.

5. **Психогимнастика** – невербальный метод групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. Психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимы.

6. **Методы опроса** – психолого-педагогические исследования, представляющие собой письменные или устные, непосредственные или опосредованные обращения исследователя к респондентам с вопросами, содержание ответов на которые раскрывает отдельные стороны изучаемой проблемы. К этим методам прибегают в тех случаях, когда источником необходимой информации становятся люди – непосредственные участники изучаемых процессов и явлений. С помощью методов опроса можно получить информацию как о событиях и фактах, так и о мнениях, оценках, предпочтениях опрашиваемых.

7. **Интервью** – разновидность метода опроса, специальный вид целенаправленного общения с человеком или группой людей. В основе интервью лежит обычная беседа. Однако в отличие от нее роли собеседников закреплены, нормированы, а цели определяются замыслом и задачами проводимого исследования.

8. **Анкетирование** – метод эмпирического исследования, основанный на опросе значительного числа респондентов и используемый для получения информации о типичности тех или иных психолого-педагогических явлений. Этот метод дает возможность установить общие взгляды, мнения людей по тем или иным вопросам, выявить мотивацию их деятельности, систему отношений.

Результаты исследования и их обсуждение.

С целью изучения распространения наркомании в подростковой среде учащимся 8-10 классов средних общеобразовательных учреждений было предложено тестирование (см. табл. 1).

Таблица 1

Результаты тестирования по средним общеобразовательным учреждениям г. Махачкалы

№ общеобразовательной школы	Количество учеников подлежало тестированию	Количество учеников, прошедших тестирование	Не прошли по уважительной причине	Отказались	Охват учащихся %
5	200	187	13	-	93,5
7	281	260	21	-	92,5
11	197	168	29	-	85,3
13	106	80	15	11	75,5
30	128	128	-	-	100

После обработки тестов сделаны следующие выводы.

- Всего учащихся 8-10 классов – 912.
- Знают о последствиях употребления наркотиков – 823 (90%).
- Употребляли наркотические вещества – 0.
- Знают о службах (организациях), которые занимаются лечебно-профилактической деятельностью по борьбе наркозависимостью – 912 (100%).

Выводы. Масштабы и темпы распространения наркомании, широкий размах незаконного оборота наркотических средств свидетельствуют о невысокой результативности принимаемых государством мер.

Профилактическая работа должна проводиться по специально разработанным программам с учетом особенностей семейной и социальной ситуации наркозависимых людей. В ходе выполнения профилактических программ должна предоставляться точная и достаточная информация о наркотиках и их влиянии на психическое, психологическое, социальное и экономическое благополучие человека. Информация должна быть уместной, достоверной, особенно в части последствий злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами, не только для самого наркомана, но и для общества. Необходима пропаганда здорового образа жизни, позволяющего на основе формирования оптимальной жизненной установки противостоять желанию попробовать наркотик даже в стрессовой ситуации.

Таким образом, на сегодняшний день вопрос о злоупотреблении наркотическими средствами и психотропными веществами как никогда является актуальным, и его окончательное решение остается за законодателями, врачами и обществом, так как масштабы распространения наркомании носят угрожающий характер.

Литература

1. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Невский Диалект, 2000.

2. Ахмерова С. Г. Теоретико-методические основы профилактики наркомании в образовательных учреждениях. 2005.

3. Хажилина И.И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. М., 2002. С.85.

4. Курек Н.С. Нарушение психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. 2001. С. 220.

5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. С.176.

6. Социология молодежи: М.: Гардарики, 2005. С. 335.

7. Ермаков Ю. М., Исаков С. А. – Наркомания:вопросы теории и практики взаимодействия. 2008.

8. Горбатенко Л. С. Родителям и педагогам все о наркомании. 2013.

ПОДРОСТОК И РЕЛИГИЯ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ РЕЛИГИОЗНОГО СОЗНАНИЯ

М.А. Балахмедова − студентка 6 курса педиатрического факультета

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – д.м.н., доц. Моллаева Н.Р.

Актуальность. Важность заявленной темы обусловлена проблемой усиления религиозности среди молодежи и подростков, с чем все чаще сталкиваются врачи и педагоги.

Подростковый период является одним из важнейших этапов становления личности. В психологии его определяют как кризисный, что связано с физиологическими, психоэмоциональными, социо-адаптативными причинами, возникающими как результат процессов взросления. В этот период формируется мировоззрение личности, складывается система взаимоотношений «я – общество». Развитие религиозного чувства в этот период имеет свою специфику. Используя принятую классификацию, в настоящей работе сделана попытка дать характеристику формам религиозности, исходя из способов мышления (исследователь − философ), что представляется важным для современного научного знания, поскольку помогает по-

нять, как формируются системы ценностей у подростка, что определяет его внутренние установки и поведенческие реакции [1].

Цель исследования: привлечь внимание сообщества молодых ученых к поставленной проблеме, вызвать интерес у широкого круга специалистов-медиков к вопросам изучения психического здоровья детей.

Материал и методы исследования. Было проведено анкетирование среди подростков 14 лет и выполнена обработка полученных данных. Применены методы сравнительно-сопоставительного и психолого-социального анализа.

Результаты исследования. Проведенный анализ данных показал, что в коллективе из 30 человек 5% относятся к типу «конвертит», 16% – молодой верующий, приблизительно тот же процент занимает национальный верующий, 3% – атеистов, 1% – равнодушный и столько же – мистик. Статистика показывает, что большее число подростков исповедуют веру в силу влияния семьи или под влиянием среды, а свободными в выборе чувствуют себя не более 5 %. В работе представлен характерологический анализ некоторых типов, обозначены опасности и положительные стороны религиозности, предложены практические рекомендации с трудными подростками.

Выводы. Складывание определенного типа религиозности − результат действия комплекса факторов как внутренних, так и внешних. Формирование того или иного типа происходит в силу сложения многих факторов, где каждая история индивидуальна, и тем не менее ученые систематизируют их по определенным моделям [2]. Однако следует признать, что чаще всего имеет место комбинация типов, или ситуация, когда сложившийся один тип переходит в другой. Так, наиболее сильный «конвертит» может комбинироваться с невротическим или мистическим, ортодоксальным. Подобное нередко провоцируется ситуацией конфликта в семье, где исповедуется другая вера или течение внутри той же конфессии.

Многие исследователи проблем религиозности подростков отмечают положительное влияние веры на развитие личности [3]. К ним можно отнести: закладка моральных основ, дающая иммунитет личности от негативного влияния, формирование внутренней психологической защиты (помогает пережить неудачи). К ситуациям, вызывающим беспокойство, можно отнести резкое сужение круга интересов и общения, агрессивное поведение, навязывание своих представлений другим, категоричность, замкнутость. Наиболее опасным становятся ситуации «ухода в себя» на фоне острого конфликта с близкими, с кругом друзей или родственниками. Для развития патологического состояния играет роль несколько факторов, начиная с предрасположенности и до ситуации манифеста заболевания. К числу уязвимых можно отнести детей из неблагополучных семей, с хроническими заболеваниями, переживших тяжелые психоэмоциональные травмы. В результате могут развиваться панические атаки, приступы истерии, депрессии, шизоподобные расстройства, суицидальные попытки. В профилактику психологических расстройств должна быть включена работа на разных уровнях. Важно, чтобы поддерживался здоровый климат в семье, складывалась благоприятная обстановка в коллективе. Большая ответственность в реализации этих задач отведена педагогам, социальным работникам, психологам, семейным врачам, в компетенциях которых проведение разносторонней лечебно-профилактической работы.

Литература

1. Кузнецова А.Г., Максимов А.В. Природа моральных абсолютов. М., 1996.

2.Владета Еротич. Христианство и психологические проблемы человека. М.: Совет Русской православной церкви, 2009.

3. Чернышов В.А. Исследование осведомленности современных подростков в некоторых вопросах веры и религии // Мат.-лы VIII межд. студен. электрон. науч. конф. «Студенческий научный форум» / URL: http://www.school-science.ru/2017/1/26785 (дата обращения: 07.03.2017)

AFFECTS OF FAMILY FEATURES IN THE SCHIZOPHRENIA PATIENTS TO THE PROGRESS OF DISEASE

Ulvi Alashrafov, Dr. Ikram Rustamov

Azerbaijan Medical University, Psychiatry Department

Because of the Schizophrenia is a multifactorial disease other than genetics sosial affects plays an important role in progress of disease too.Due to the last showing of WHO, prevalence rate of schizophrenia disease among healthy people is over the 1% .

Aim of Research : because of in the progress of schizophrenia disease besides other factors also being of role of sosial stress,life style and the enviroment of brouht up , learning of "Afects of family features in the schizophrenia patients to the progress of disease" is our research`s aim .

Material and methods : Research was carried out in 2 hospital 105 schizophrenia patients .Anonim research blanks related with family features that we compiled , was filled with participants and accuracy of informations was approved by looking over of anamnesis .

Results : the majority of examined patients are 21-30 years old man – 19%. In womens it is just 4% . Fist episodes of disease in the majority of examined patients was observed in the patients who wasn`t attained to 40 years old (81%). But the first episod of disease was observed in patients before they attained to 40 years old show is 19 %.

We can say that marital status is an important factor. Because disease spread amond singles highly (52%).divorved (19%) ,widow (or widower) – 4%, married patients 25% .

Affect of education level is as we predict.As a result, 64% of examined patients is secondary educated ,17 % is deprived of secondary education.Higher educated patients is just 19 %.

In employement status factor there is sharp difference according to world showing.36% of examined patients have employement status , 64% of examined patients havn`t employement status.

Investiagtions of results show that, because of first episods of disease are found at an early age patients can`t complete succesfully their education .Of cource someone who isn`t successful in education, he (or she) will not be successful in work,in family life and etc. İt is known that this is not only reason that they are unable to take high place in our society. Also forcing out ,canceling of this patients by society is important factor.

Ending : we think that enlighten of people for adapting of schizophrenia patients to society is necessary. And also we believe that, we can get remission in short time period by individual approach to each patient.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНО-АНТРОПОГЕННЫХ И ЭКОГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗОНЕ ГИДРОСТРОИТЕЛЬСТВА

П.М. Ибнумасхудова − ассистент, А.М. Абасова − студентка 5 курса медико-профилактического факультета, Ш.М. Абдуразакова, З.А. Ахмедова, З.Р. Шихкеримова - студентки 4 курса медико-профилактического факультета

Кафедра общей гигиены и экологии человека,

НИИ экологической медицины ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители − д.м.н., проф. Абусуев С.А., д.м.н., проф. Магомедов М.Г.

Актуальность. Изучение неблагоприятных факторов среды, активно формирующих нозологии с высокой заболеваемостью, смертностью и инвалидизацией населения, к каким относится артериальная гипертензия (АГ), должно быть признано актуальным и своевременным [1, 2, 5].

Эта проблема актуальна в целом для России и в частности для Дагестана, так как АГ повсеместно занимает первое место среди причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [3, 5].

Эпидемиологические исследования должны занимать приоритетное место в борьбе с ССЗ, так как они позволяют провести эффективную донозологическую профилактику АГ, а также снизить неблагоприятные последствия изучаемой патологии.

АГ, хотя и относится к хорошо изученным нозологиям, исследования о ней с учетом факторов, характерных для регионов аграрной направленности в зонах функционирования гидроэлектростанций, в республике не проводились, да и в России они единичные.

Данное исследование является фрагментом диссертационной научно-исследовательской работы, выполняемой на кафедре общей гигиены и экологии человека, и входит в тематику «Научные основы гигиены села» Научного совета Российской Федерации по экологии челове-

ка и окружающей среды.

Цель исследования: эколого-гигиеническая оценка эпидемиологии и риска развития АГ среди взрослого населения после строительства Гунибской ГЭС, разработка и внедрение научно обоснованных рекомендаций по ее профилактике.

Задачи: погодно-климатическая, экогигиеническая и социально-экономическая оценка Гунибского района до и после строительства ГЭС;

-оценка роли стрессогенного фактора в возникновении АГ из-за потери рабочих мест на ключевых объектах района (туристическая база, фруктово-консервный завод, колхозы в крупных хозяйствах и др.);

- оценка роли гендерных различий, профессий, вида деятельности, характера труда в возникновении АГ.

Научная новизна. Впервые по результатам влияния комплекса факторов среды дана экогигиеническая оценка эпидемиологии АГ взрослого населения за последние 15-20 лет.

Материал и методы исследования. В сборе материала использовались анкеты, в которые заносили этиологические факторы, участвующие в формировании АГ.

Анкета включала паспортную часть, блок медико-биологических, социально-экономических, эколого-гигиенических показателей, а также блок показателей, отражающих образ жизни населения.

Изучение социального положения населения включало следующие аспекты: уровень образования, семейное положение и профессиональная принадлежность (руководители, специалисты и инженерно-технические работники; рабочие тяжелого, среднего, легкого физического труда). Изучали погодно-климатические факторы за 5-6 лет до и после ввода в эксплуатацию Гунибской ГЭС.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованного контингента (303 чел.) доля женщин с диагнозом АГ в Гунибском районе была в два раза больше, чем мужчин, − 65,35 % против 34,65 %. Наиболее уязвимыми группами среди мужчин оказались лица в возрасте 60-64 лет и 70-79 лет, среди женщин − возрастные группы 55-59, 65-69 и 75-79 лет.

По массо-ростовому (индекс Кетле) показателю и индексу массы тела (ИМТ) выявили, что среди женщин только в трех возрастных группах (30-34; 35-39; 85-89 лет), а среди мужщин в двух возрастных группах (30-34 года и старше 85 лет) не было избыточной массы тела.

Среднепрогрессивные (СПП) и среднерегрессивные показатели (СРП) распространенности АГ свидетельствуют, что по району мужчины и женщины с АГ составляют 13,9 %. СПП среди мужчин (51-60 и 76-80 лет) − 13,3% и среди женщин (51-55, 61-65 и 76-80 лет) − 13,5 %. Общий СРП по району составил 5,3 %, при 4,9 % среди женщин и 4,16 % среди мужчин.

Среди неработающих заболеваемость почти в два раза больше (64,4% против 19,8 % служащих и 15,8 % рабочих), что может быть связано со стрессовым состоянием из-за потери работы и отсутствия её в течение длительного периода.

Научно-практический интерес представляла оценка изменения погодно-климатических условий в районе после ввода в эксплуатацию Гунибской ГЭС, как возможного фактора влияния на различные показатели здоровья местного населения.

Установлено, что после окончательного формирования водного зеркала и начала функционирования ГЭС произошли ожидаемые изменения всех показателей погоды, характерные для влажного климата. Эти изменения коснулись населенных пунктов, расположенных недалеко от ГЭС (Хоточ, Хиндах, Чох-Коммуна и др.), до местностей, находящихся на уровне 1600-17000 метров над уровнем моря.

Заключение. На частоту возникновения АГ среди жителей района действуют комплекс факторов, среди которых существенное значение имеют психоэмоциональные факторы, связанные с безработицей, низким уровнем качества жизни и отсутствием гарантированных надежд на улучшение сложившейся социально-экономической ситуации. Существенный вклад в возникновение АГ и изменение структуры заболеваемости внесли изменениям погодно-климатических условий.

При планировании профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий необходимо учесть неординарную сложившуюся ситуацию, спровоцированную началом функционирования ГЭС и изменением погодно-климатических условий.

Литература

1. Беркинбаев С. Ф. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение. Актобе, 2000.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. №3. С.4-8.
3. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Иванов В.М., Капустина А.В., Деев А.Д. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации (ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава). М. // Российский кардиологический журнал. №4. 2006.
4. Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия и оценка суммарного риска: результаты эпидемиологического мониторинга гипертонической болезни // Consilium Medicum. 2007. № 9 (11). С.31–34.
5. Шальнова С. А. и др. Тенденции смертности в России в начале XXI века (По данным официальной статистики) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. Т. 10, № 1. С.90–95.

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЙОНАХ С ВЫСОКОЙ СТРЕССОГЕННОЙ НАГРУЗКОЙ

П.М. Ибнумасхудова − ассистент, А.М. Абасова − студентка 5 курса медико-профилактического факультета, Р.А. Иманшапиев, Ш.М. Таймасханов - студенты 3 курса педиатрического факультета

Кафедра общей гигиены и экологии человека
и НИИ экологической медицины ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Научные руководители − д.м.н., проф. Абусуев С.А. и д.м.н., проф. Магомедов М.Г

Актуальность. Устойчивый рост заболеваемости, смертности и инвалидизации населения от артериальной гипертензии (АГ), а также вклад в эти показатели неблагоприятных факторов различной природы определяют актуальность научных исследований, посвященных данной проблеме [1, 2, 4, 5].

Россия относится к странам с наивысшей частотой АГ, которая составляет 39,9 % среди мужчин и 41,1% среди женщин, то есть около 42,5 миллиона человек. Более того, АГ занимает первое место в долевом участии в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [3, 5, 6]. Актуальна данная проблема и для Республики Дагестан (РД).

Достаточно отметить, что у лиц, страдающих АГ, смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) увеличивается в 3 раза и в 6 раз − от инсульта [3, 6, 9].

С целью повышения эффективности мер профилактики на донозологическом этапе важное место в изучении АГ отводится эпидемиологическим исследованиям, позволяющим определить её распространенность и приоритетные факторы риска.

Стабильно высокие показатели заболеваемости и смертности от АГ свидетельствуют о необходимости дальнейшего усиления мероприятий по эффективной профилактике её в РД [1-3, 6].

Настоящая работа − это фрагмент НИР, выполняемой на кафедре общей гигиены и экологии человека ДГМУ, включенная в тематику «Научные основы гигиены села» Научного совета

Российской Федерации по экологии человека и окружающей среды.

Цель исследования: выявление эколого-гигиенических и социально-экономических особенностей распространенности и риска развития АГ среди различных групп населения в районах со стресссогенной нагрузкой, разработать и внедрить научно обоснованные рекомендации по ее профилактике.

Задачи: эколого-гигиеническая и социально-экономическая оценка территорий Ботлихского и Цумадинского районов;

-оценка роли стрессогенного фактора в возникновении АГ на обследуемой территории;

- оценка роли гендерных различий, профессии, вида деятельности, характера труда в возникновении АГ.

Научная новизна: Впервые по результатам влияния комплекса факторов среды дана эко-гигиеническая оценка эпидемиологии АГ взрослого населения за последние 15-20 лет.

Материал и методы исследования. В сборе материала использовались анкеты, в которые заносили этиологические факторы, участвующие в формировании АГ.

Анкета включала паспортную часть, блок медико-биологических, социально-экономических, эколого-гигиенических, а также блок показателей, отражающих образ жизни населения. Изучали также показатели, характеризующие эколого-гигиенические, климатогеографические и социально-экономические условия жизни в районах, которые могли быть прямыми или косвенными факторами риска возникновения АГ.

Изучая социальное положение, оценивали уровень образования, профессиональную принадлежность и семейный статус. По профессиональной принадлежности обследуемых распределяли на руководителей, специалистов и инженерно-технических работников, рабочих тяжелого, среднего, легкого физического труда. По специально разработанной шкале оценивали популяционную нагрузку стрессогенного фактора, связанного с военными событиями 1999 года и частыми спецоперациями в районе.

Результаты исследования и их обсуждение. Несмотря на одинаковые климатогеографические условия расположения районов, среди жителей Цумадинского района распределение по гендерному признаку существенно отличалось в Ботлихского района. Так, доля женщин с диагнозом АГ в Цумадинском районе в два раза больше, чем мужчин − 65,35 % против 34,65 %. В других районах республики, охваченных обследованием в 2017 г., да и в литературе подобных гендерных отличий не отмечено.

Наиболее уязвимой группой среди мужчин оказались лица в возрасте 60-64 лет и 70-79 лет, среди женщин − 50-59, 65-69 и 75-79 лет. Данные показатели заметно отличаются от таковых в других районах республики.

По показателям индекса Кетле и индекса массы тела установлено, что женщины и мужчины всех возрастных групп, за исключением возрастных групп 30-34 года и старше 85 лет, имели избыточную массу тела.

Среднепрогрессивные (СПП) и среднерегрессивные (СРП) показатели распространенности АГ среди мужчин и женщин вместе выявили следующее: по Цумадинскому району эти лица в возрасте 55- 69 лет с СПП 12,1 %. СПП среди мужчин (65-79 лет) − 14,4 % и среди женщин (55-64 и 75-79 лет) − 13,7 %. Общий СРП по Цумадинскому району составил 1,73 %, при 1,3 % среди женщин и 5,4 % среди мужчин.

По Ботлихскому району эти показатели были сопоставимы с Цумадинским районом, но возрастные показатели были на 5 лет больше, чем в Цумадинском районе.

Влияние характера работы на частоту возникновения АГ показало преобладание лиц с ненормированым рабочим днем, их число колебалось с 25 до 42,7 %.

Заключение. На частоту возникновения АГ среди жителей района действует комплекс факторов, среди которых существенное значение имеют постоянно действующий стресс, связанный с частыми контртеррористическими операциями, безработицей, видом деятельности, характером труда, низким уровнем качества жизни и отсутствием гарантированых надежд на улучшение сложившейся социально-экономической ситуации.

При планировании профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий необходимо учесть неординарную сложившуюся ситуацию, спровоцированную началом боевых действий со стороны Чеченской территории.

Литература

4. Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д. и др. Рост факторов риска ССЗ по результатам проспективного (15-летнего) популяционного исследования организованной московской популяции // Сборник тезисов Российского национального конгресса кардиологов СПб., 2002. С.60.

5. Карпов Р.С., Трубачева И.А., Перминова О.А. Популяционные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний у взрослого населения г. Томска // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. №4. С.15-24.

6. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Тимофеева Т.Н. и др. Распространенность артериальной гипертонии и ее связь со смертностью и факторами риска у мужчин в городах различных регионов // Кардиология. 2001. №4. С.39-42.

7. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. №3. С.4-8.

5. Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия и оценка суммарного риска: результаты эпидемиологического мониторинга гипертонической болезни // Consilium Medicum. 2007. № 9 (11). С.31–34.

6. Шальнова С. А. и др. Тенденции смертности в России в начале XXI века (По данным официальной статистики) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. Т.10, № 1. С. 90–95.

УДК 574.24(470.67)

НЕКОТОРЫЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАСПИЙСКОГО МОРЯ

М.А. Акаев − студент 1 курса педиатрического факультета

Кафедра медицинской биологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель − к.п.н., доц. Абдулгалимова Г.Н.

Аннотация. *Данная работа посвящена проблемам экологии Дагестана, в частности современному состоянию Каспийского моря. Указаны причины хищнического отношения человека к его богатствам и факторы, оказывающие высокую экологическую нагрузку на водоем и его обитателей.*

Ключевые слова. *Каспийское море, экология, экологические проблемы, человек.*

Abstract*. This work is devoted to problems of ecology of Dagestan, in particular the modern state of the Caspian sea. State the reasons for the predatory relationship of man to his heritage and the factors that have a high environmental load to the pond and its inhabitants.*

Key words. *Caspian sea, environment, environmental issues, problems, people.*

В России 2017 год объявлен годом экологии. Это говорит о том, что проблемы экологии остро стоят перед обществом. Достаточно часто мы слышим о проблемах, связанных с экологией. На экологические проблемы во всем мире все больше и больше обращают внимание. Мировое сообщество пытается восстановить экосистему, но получается это очень медленно и не всегда эффективно. Экологические проблемы есть и в Дагестане, одна из которых − современное состояние Каспийского моря.

Данная проблема весьма актуальна, и актуальность ее заключается в том, что мы живем на берегу Каспийского моря, и оно является неотъемлемой частью среды нашего обитания. Проблемы Каспия − это наши проблемы, и мы должны решать их своевременно и эффективно. Мы должны сохранить и передать всю красоту и разнообразие фауны и флоры нашего края будущему поколению.

Каспийское море − уникальный экологический природный объект со своей экосистемой.

Его примерная площадь 372 тысяч км^2, объем около 78 тысяч км^3, средняя глубина 208 метров, а максимальная глубина составляет 1025 метров. Каспийское море имеет ряд экологических проблем, связанные с природными факторами и деятельностью человека.

Каспий чрезвычайно богатый рыбными ресурсами водоем. Когда-то он был мировым лидером по богатству осетровых рыб, 90% всего улова приходилось именно на Каспий. В 60-х годах 75% улова составляли ценные породы рыб. К 80-м годам все изменилось, рыбный промысел сократился на треть, значительно снизилась доля ценных видов рыб, а сегодня ценных пород в Каспийском море практически нет! Осетровые породы находятся под угрозой полного исчезновения, многие из которых уже занесены в Красную книгу. Причин тому много: строительство платин на реках, изменение мест нереста, загрязнение вод, недопустимо высокий перелов и браконьерство, добыча нефти в прибрежных районах и в водной акватории. Влияние всех этих факторов оказывает высокую нагрузку на водоем и его обитателей. Море находится в катастрофически опасном состоянии, оно лишается возможности самоочищения и саморегулирования, а также находится под угрозой потери рыбопродуктивности. Если ничего не менять, то скоро Каспийское море превратится в отстойник, помойную сточную яму и невозвратно исчезнут многие представители его фауны.

Еще одной большой проблемой является проблема колебания уровня воды в море. Это довольно серьезный момент, поскольку неправильное понимание ситуации может привести к усугублению экологической обстановки и породит совершенно неожиданные проблемы.

За восемь лет с 1977 по 1985 год, уровень Каспийского моря поднялся на 1 метр. В настоящее время уровень моря поднимается на 12,5 сантиметров в год. Если этот темп сохранится, то за 25-30 лет уровень моря достигнет отметок 1929 года, что обернется катастрофой и многомиллиардными убытками для обжитой прибрежной территории [1,2].

Высокий уровень загрязнения моря и впадающих в него рек фенолами, тяжелыми металлами является тоже очень серьезной проблемой. В Каспийском море утилизируются отходы из близстоящих заводов и фабрик. Это приводит к различным заболеваниям у рыб, таким как миопатия, чума каспийского тюленя, а также может привести к массовой гибели рыбы и многим другим проблемам.

Каспийское море − это трансграничный объект, оно находится в окружении нескольких государств: России, Казахстана, Туркменистана, Ирана, Азербайджана. Сохранность Каспия − вопрос, который должен быть актуальным для всех этих стран. Нельзя допустить, чтобы Каспий постигла участь Аральского моря, которую смело можно назвать катастрофой. Природа знает много примеров человеческого равнодушия, недостаточной оценки ситуации, неправильных мер воздействия, в результате которых были потеряны уникальные природные системы, полностью истреблены редкие виды животных и растений [1,2,3].

Для сохранения и восстановления природного баланса необходимо принятие решения следующих мер:

1) консервация затопленных нефтяных скважин и токсичных промышленных отходов;
2) ликвидация нефтяных загрязнений;
4) восстановление биоразнообразия растительного и животного мира акватории и региона Каспийского моря;
5) борьба с браконьерством;
7) принятие закона РФ, регламентирующего проведение морских нефтегазодобывающих работ в заповедной зоне моря;
8) финансовая поддержка структур Каспийской экологической программы, создаваемых в РФ[4].

Экологическая политика прикаспийских государств должна работать как единый аппарат, который позволит сохранить Каспийское море и его уникальную природную экосистему.

В заключение отметим, что проблемы Каспийского моря связаны с загрязнением вод в результате добычи нефти, поступления вредных веществ из впадающих рек, с жизнедеятельностью прибрежных городов, а также с хищнической добычей осетровых рыб, разгулом браконьерства. Со всеми этими проблемами надо бороться, если хотим чтобы наши потомки увидели Каспий во всей его красе. Считаю, что каждый из нас обязан приложить максимум усилий для этого. Человечество достаточно долго беспечно относилось к природе, пришло время исправлять былые ошибки.

Непосредственное участие в написании данной работы принимала мой научный руководитель, доцент кафедры медицинской биологии ДГМУ Абдулгалимова Гурият Нурахмедавна, за что я выражаю ей большую признательность!

Литература

1. Исмайлов Ч. Экономико-географические условия. Развитие нефте-газово-химического комплекса в Прикаспийских районах. Баку, 2003. С.3-5.

2. Мамедов Р. Международно-правовая делимитация Каспийского моря. Баку 2001, С.2-3.

3. Мамедов Р. Формирование Международно-правового статуса Каспийского моря в постсоветский период // Центральная Азия и Кавказ. 2000. №2 (8). С.3-4.

4. Баркелиев Т. Главные экологические проблемы Каспийского моря // Экспертиза. 2002. С.4-7.

5. Мамедзаде Г. Каспий на грани катастрофы // Зеркало. 2003. С.1-3.

6. Леонов С. Природа Каспия взывает о помощи // Независимая газета, 28 октября 1998, №201 (1772)

ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ И ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫХ ОРГАНОВ

К.Я. Шугаева, Н.Б. Ханмурзаева, А.А. Далгатова − молодые ученые

НИИ экологической медицины,

кафедры фармакологии и патологической физиологии ФГБОУ ВО «ДГМУ», г. Махачкала

Научный руководитель − к.м.н., доцент Атаев Р.Г.

Экстремальные воздействия на организм приводят к разнообразным нарушениям, если они не заканчиваются гибелью организма, то вызывают регенерационные реакции. Возникает вопрос, правильно ли выделять такого рода регенерационные процессы в особую категорию, противопоставляя их другим регенерационным процессам, т.е. правомерно ли писать о восстановлении патологически измененных органов? Если согласиться с таким определением, то необходимо найти характерные особенности, свойственные только восстановлению патологически измененных органов. Восстановление патологически измененных органов широко распространено. Регенерация, возникающая вслед за разрушением тканей, вызываемым патологическим воздействием, более распространена, чем регенерация, являющаяся следствием хирургического вмешательства или травмы. Известно, большое количество разнообразных патологических воздействий. Это и сдавление, и голодание, и облучение, действие токсических веществ и самые разнообразные заболевания. Эти факторы, разрушая ткани, вызывая их некроз или серьезные нарушения, приводят или к гибели организма или к регенерации. Таким образом, регенерационные процессы, являющиеся следствием патологического воздействия, гораздо больше распространены в природе, чем посттравматическая регенерация.

Несмотря на важность изучения восстановления патологически измененных органов, этот аспект может быть выделен в отдельную категорию только в том случае, если будет доказано, что он отличается от восстановления органов после резекции. Различие между восстановлением после резекции и после патологического поражения имеется не всегда, так как резекция и патологическое воздействие могут приводить к одинаковому результату, и тогда различие между ними исчезает. В большинстве случаев, однако, оно имеется. Оно заключается в том, что повреждение, вызванное резекцией, носит несколько иной характер, чем в случае патологии, а это обуславливает и иной характер регенерационного ответа. В самом деле, в то время как при резекции удаляется целиком тот или иной участок органа, при многих патологических воздействиях повреждением затрагиваются отдельные компоненты органа. Как правило, в основном при патологических воздействиях страдает паренхима органа, тогда как его строма проявляет большую устойчивость. Если строма и повреждается патологическим фактором, то не в такой мере, как паренхима, и поэтому своеобразие регенерационного процесса сохраняется.

Поскольку патологические факторы действуют избирательно на отдельные клеточные системы органа, они вызывают гибель частей организма меньшего масштаба, чем резекция. Это, следовательно, и будет главной особенностью восстановления после патологических воздействий. Другими словами, восстановление патологически измененных органов будет характеризоваться меньшим масштабом восстановления по сравнению с регенерацией после резекции. На-

помним, что масштабом регенерации называют объем этого восстановления, а именно насколько большую часть организма оно вовлекает в свою сферу. При патологических воздействиях возможны более мелкие масштабы регенерации, когда повреждение захватывает лишь клетки определенного вида в составе органа, например, паренхиму печени, канальцевый эпителий почки и т. д. Патологическое воздействие может также вызывать не только гибель частей органов, но и их изменение по сравнению с нормой, что также изменит характер регенерации, причем такие изменения могут возникать в более мелком масштабе, чем в результате резекции.

Заключение. Таким образом, восстановление патологически измененных органов, в частности восстановление после экстремальных воздействий, можно охарактеризовать как такую регенерацию, которая может протекать в более мелком масштабе, чем регенерация после резекции, затрагивая отдельные клеточные системы органа.

СМЕРТНОСТЬ ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

З.М. Гасанова– аспирант, К.Р. Акмурзаева – аспирант

Кафедры общей гигиены и экологии человека, эндокринологии и НИИ экологической медицины ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители − д.м.н., проф. Абусуев С.А., к.м.н., доц. Атаев М.Г.

Сахарный диабет (СД) является нарастающей угрозой здоровью населения всех стран мира, в том числе России и Дагестана [1]. По оценке международной диабетической ассоциации, в 2013 году число взрослых больных СД на планете достигло 382 миллионов человек, при этом треть случаев СД в мире остается не выявленной [4, 5].

Число больных СД постоянно увеличивается в связи с ростом численности и возраста населения, урбанизации территории, увеличения распространенности ожирения у людей и малоподвижного образа жизни [3, 5].

Россия находится на четвертом месте в мире (после Индии, США и Белоруссии) по абсолютному числу зарегистрированных больных СД [5]. Однако истинная численность больных СД в России в 3–4 раза превышает официально зарегистрированную и составляет около 5–6% от всего населения [2].

В 2010 году доля СД в структуре смертности российского населения составляла лишь 0,26% всех случаев смерти мужчин и 0,65% − женщин, а в 2012 г. втрое больше – 0,67% и 1,68% соответственно [5].

Чтобы определить причины изменения сформировавшегося с начала тысячелетия тренда смертности, мы сравнили динамику смертности от СД в различных экологических зонах Республики Дагестан (РД) и сравнили тенденции смертности от СД мужского и женского населения городов и сельской местности.

Цель исследования: оценить тенденции смертности от СД населения экозон Республики Дагестан.

Материал и методы исследования. Анализировались данные о смертности дагестанского населения за период 2002-2014 годы.

Из всех учтенных случаев смерти от СД в РД 57% − жители сельской местности и 43% − горожане. В экологических зонах сельской местности наибольшая доля взрослых жителей, умерших от СД, зарегистрирована в равнинной экозоне, что составило 33,6% (табл. 1).

Таблица 1

Распределение умерших от СД в РД за 2002-2014 годы

ЭЗ	Мужчины	Женщины	Оба пола
Равнина	344	664	1008
Предгорье	122	222	344
Внутригорье	73	117	190
Высокогорье	60	111	171
Неприморские города	90	224	314

Приморские города	332	646	978
Общий итог	1021	1984	3005

Стандартизованные коэффициенты смертности рассчитывались с помощью компьютерной системы Microsoft Excel. Использовался мировой стандарт возрастной структуры населения. Исходными данными для исследования служили свидетельства о смерти от СД взрослых (18 лет и старше), проживавших в сельской местности РД в 2002-2014 годы. Данные о случаях смерти от СД 1 и 2 типа получены в Эндокринологическом центре Минздрава РД за 2002-2014 годы. Число умерших от СД в РД за 13-летний период составило 3005 случаев. Были рассчитаны годовые интенсивные показатели (ИП - число случаев на 100 000 населения), а также среднемноголетние ИП смертности с 95% доверительными интервалами (ДИ). Динамику оценивали по тренду и среднегодовому темпу прироста/снижения (СТП).

Результаты исследования. Среднемноголетний показатель смертности от СД по равнинной зоне РД значительно выше, чем в горах (P <0,001 для критерия Крускала-Уоллиса) и городах (P <0,05). В горной местности, особенно в высокогорье, коэффициент смертности за 2002-2014 годы в 2,5 раза ниже, чем на равнине, и в 1,7 раза ниже по сравнению с предгорьем. Смертность от СД в предгорье находится практически на одном уровне с показателем городов.

Анализ динамики годовых коэффициентов смертности от СД показал тенденцию к повышению показателя за 13-летний период наблюдения во всех экологических зонах РД (табл. 2).

Таблица 2

Годовые коэффициенты смертности от СД 1 и 2 типов населения экозон РД (возраст 18 лет и старше, оба пола)

Экозона	Год												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Равнина	9,01	7,18	6,02	7,07	4,69	7,09	10,9	13,8	12,2	18,4	18,1	18,4	17,4
Предгорье	4,61	2,94	4,22	8,7	5,09	6,26	4,88	5,74	3,28	8,58	10,9	20,7	18
Внутригорье	4,24	3,15	3,12	2,07	3,07	4,74	3,01	4,65	3,29	4,57	5,82	11,9	9,27
Высокогорье	5,11	2,9	1,8	1,43	2,83	4,93	4,21	5,97	4,21	5,29	3,89	9,53	8,46
Непримор-ские города	5,46	4,37	6,57	6,58	9,51	4,0	6,51	6,44	8,85	10,5	14,3	15,2	13
Приморские города	6,22	6,62	7,41	8,69	8,01	7,92	6,1	6,95	9,97	8,74	13,4	12,4	15,6
РД	6,29	5,25	5,46	6,5	5,86	6,42	6,64	8,08	8,26	10,5	12,5	14,8	14,7

Следует отметить, что показатель смертности от СД населения предгорья имеет тенденцию к значительному росту (СТП 12,9%), а в остальных экозонах сельской местности и городах РД СТП колеблется от 9 до 10%, за исключением приморских городов, где СТП составляет 6,7%.

Сравнительный анализ смертности от СД мужчин и женщин свидетельствует о более высокой смертности женщин, чем мужчин (рис. 1).

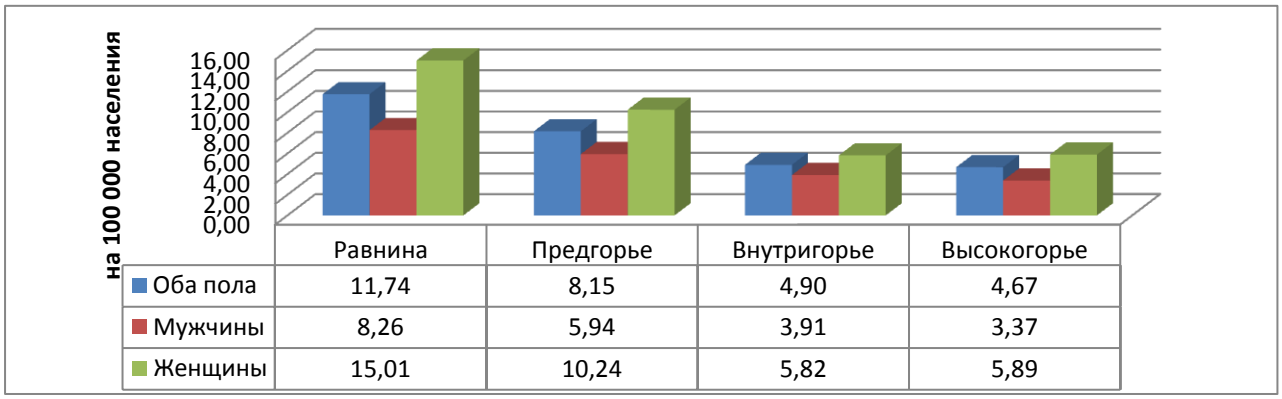


Рис. 1. Средний коэффициент смертности от СД за 2002-2014 годы мужского и женского населения экологических зон сельской местности Дагестана.

Средний показатель за 13 лет смертности от СД населения приморских городов на 7,6% выше по сравнению с неприморскими городами. Эта разница обусловлена за счет превышения смертности от СД мужского населения над показателем женщин (рис. 2).

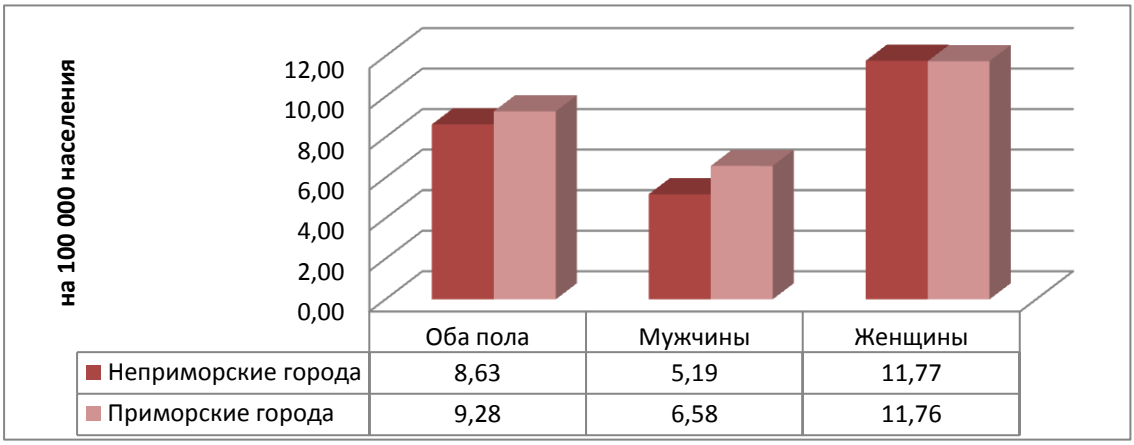


Рис. 2. Средний коэффициент смертности (на 100 000 взрослого населения) от СД за 2002-2014 годы мужского и женского населения приморских и неприморских городов Дагестана.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что условия жизни на равнине значительно повышают риск смерти от СД по сравнению с условиями жизни в горах. Вторым фактором риска смерти от СД является пол: женское население больше подвержено смерти от СД, чем мужское.

Литература

1. Абусуев С.А., Хачиров Д.Г., Атаев Р.Г., Гасанова З.М., Абдуллаева Э.К. Особенности смертности от сахарного диабета 2 типа взрослого населения сельской местности Дагестана // Проблемы экологической медицины: Матер. IV республ. научно-практич. конф., посвященной 80-летию со дня рождения проф. Д.Г. Хачирова / Под ред. С.А. Абусуева, М.Г. Атаева. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2015. С.105-112.

2. Дедов И.И., Шестакова М.В. Проблема контроля качества диабетологической помощи в России по данным на январь 2007 г. // Сахарный диабет. 2008; (3): 55-57.

3. Маслова О.В., Сунцов Ю.И. Эпидемиология сахарного диабета и микрососудистых осложнений // Сахарный диабет. 2011; (3): 6-12.

4. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications // Phys Ther. 2008; 88(11): 1254-1264.

5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2013. URL: http://www.idf.org/diabetesatlas (дата посещения 25.06.2014).

ВЛИЯНИЕ СОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ЭНДОТОКСИКОЗ, МИКРОФЛОРУ МОЧИ И ЦИТОКИНОВЫЙ КОМПЛЕКС СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

А.М. Арбулиев, А.С. Магомедов, С.С. Маллеев, А.С. Айдемиров
Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Пиелонефрит является одним из самых распространенных заболеваний почек (Н.А. Лопаткин, 1998). Очень часто пиелонефрит осложняет течение уже имеющихся урологических заболеваний, таких как мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия простаты, аномалия развития мочеполовых органов [1-5]. Кроме того, пиелонефрит часто осложняет течение сахарного диабета. Поэтому происходит поиск новых методов лечения. В связи с этим наше внимание привлек энтеросгель, который, по данным различных авторов, обладает адсорбирующими, обволакивающими, дезинтоксикационными свойствами [1,5,7,9,10-13].

Цель исследования: изучение влияния энтеросорбента на показатели эндотоксикоза, микрофлору мочи, на цитокины сыворотки крови при комплексной консервативной терапии вторичного пиелонефрита.

Материал и методы исследования. Было обследовано 20 больных с острым или обостренным хроническим пиелонефритом, находившихся на стационарном лечении. Большинство пациентов страдало вторичным пиелонефритом на почве мочекаменной болезни. Пациенты были рандомизированы на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, клиническим проявлениями и лабораторно-инструментальным показателям.

1-я группа (контрольная) – 10 больных, которым проводилась антибактериальная, противовоспалительная и стандартная дезинтоксикационная терапия.

2-я группа (основная) – 10 больных, которым, кроме стандартной терапии, в комплексное лечение был включен энторосгель – по 1,5 ст/ложке (22 гр.) х 2-3 раза в день за 2 часа до еды, ежедневно от 3 до 14дней.

У всех пациентов оценивалась клиническая симптоматика: боль, жар, потливость, слабость, тахикардия, тошнота и т.д. Проводился забор крови для исследования на содержание среднемолекулярных пептидов (СМП), цитокинов, определялся лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) сыворотки крови. Проводились общеклинические исследования.

Результат исследования и их обсуждение. В результате длительно текущего воспалительного процесса в паренхиме почки происходит прогрессирующая интоксикация организма за счет попадания микробных клеток и токсинов в кровь и оттуда в желудочно-кишечный тракт, и это угнетает иммунный статус больного.

Клиническая эффективность сорбционной терапии подтверждается результатами исследований, направленных на определение уровня цитокинов, СМП, СБ и ЛИИ, микробного спектра мочи, что характеризует тяжесть воспалительного процесса и эндотоксикоза.

Среднемолекулярные пептиды (СМП) и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) показывают степень эндотоксикоза. Эти показатели у больных исследуемых групп представлены в следующих таблицах, которые отражают терапевтическую оценку эффективности в динамике.

После проведения энтеросорбции у больных основной группы показатель ЛИИ снизился до 0,31± 0,2 у.ед. на 8 сутки лечения, а в контрольной группе до 0,5±0,15 у.ед., что выше в 1,5 раза, чем в первой группе.

Наиболее динамичные изменения показателей СМП были у больных с тяжелым течением пиелонефрита. У больных основной группы на 4-5 сутки после начала лечения уровень СМП начал снижаться, в то время как у больных контрольной группы изменения уровня СМП не отмечаются. На 7-8 сутки от начала лечения, в контрольной группе уровень СМП снизился всего лишь на 1,5у.е., а в основной – на 2,24 у.е.($p<0,005$) (табл. 1)

Таблица 1

Динамика СМП и ЛИИ у больных с острым пиелонефритом в процессе лечения.

Лабораторные показатели в исследуемых группах	Показатели СМП в динамике			Показатели ЛИИ в динамике		
	До лечения	На 4-е сутки лечения	На 8-е сутки лечения	До лечения	На 4-е сутки лечения	На 8-е сутки лечения
Основная группа	*0,94* ±0,1	*0,72* ±0,07	*0,31* ±0,02	*5,74* ±0,48	*5,4* ±0,39	*3,5* ±0,34
Контрольная группа	*0,92* ±0,1	*0,79* ±0,08	*0,5* ±0,03	*5,8* ±0,5	*5,7* ±0,47	*4,3* ±0,7

Определенный интерес для изучения динамики эндотоксикоза имеют и показатели сывороточного белка (СБ), которые обратно пропорционально связаны с показателями ЛИИ и СМП. Положительная динамика содержания СБ в крови больных основной группы более выраженная. У этой группы пациентов подъем показателей СБ составил 18,6% (М: 63,4-69,7-75,2 у.ед.), тогда как в контрольной – 13,9% (М: 63,8-68,8-72,7 у.ед.)

Кроме полученных результатов исследуемых параметров, существенную оценку эффективности включения энтеросорбента в комплекс консервативного лечения пиелонефрита дают показатели уровня цитокинов (табл. 2).

Таблица 2.

Динамика уровня цитокинов (интерлейкины-1 и -10) у больных с острым пиелонефритом в процессе лечения

Лабораторные группы и параметры исследования	Основная группа		Контрольная группа	
	Исходный показатель (нг/мл)	На 8-е сутки (нг/мл)	Исходный показатель (нг/мл)	На 8-е сутки (нг/мл)
ИЛ-1	*23,1* ±1,1	*52,1* ±1,9	*22,7* ±2,3	*77,6* ±4,2
ИЛ-10	*3,5* ±1,6	*80,3* ±1,8	*3,8* ±2,1	*4,5*±0,4

После проведения комплексного лечения с энтеросгелем происходит повышение активности провоспалительного цитокина ИЛ-1 в основной группе и противовоспалительного ИЛ-10 в обеих группах, что характеризует собой регресс острого инфекционно-воспалительного процесса.

Положительная динамика баланса цитокинов и белковых фракций в крови больных основной группы более выраженная. У этой группы пациентов подъем ИЛ-10 составил 80,3±14,8 пг/мл, СБ составил 18,6%, а снижение уровня СМП – 38,7%, у пациентов контрольной группы подъем ИЛ-10 составил – 46,1%, СБ – 12,7% и снижение СМП – 13,3%.

При оценке уровня лейкоцитурии у пациентов обеих групп до лечения отмечалось повышение количества лейкоцитов в моче, через 14 дней повышенный уровень лейкоцитурии в контрольной группе составил 17,4%, а в основной – 5,7%.

При анализе состава микрофлоры после лечения выяснилось, что положительная динамика в сравниваемых группах различается. Стерильные посевы после лечения у больных 2-й группы встречались в 75% случаев, по сравнению с 1-й группой (45%), что подтверждает бактерицидное и поглощающее свойство энтеросгеля.

У больных из 2-й группы с острым вторичным пиелонефритом, которые страдают еще и сопутствующим сахарным диабетом (8 больных), на фоне приема диабетона оказались высокие цифры сахара – в среднем М (10±0,14) ммоль/л, после лечения энтеросгелем, через 2-е суток количество сахара уменьшилось до 5±0,1 ммоль/л. Такой динамики нет у больных пиелонефритом без сахарного диабета.

Таким образом, нами были выявлены такие свойства энтеросгеля, как снижение сахара у больных диабетом 2-го типа. По-видимому, у больных сахарным диабетом, находящийся в желудочно-кишечном тракте сахар энтеросгель адсорбирует и выводит. Это положение подтверждают и данные эксперимента, при котором энтеросгель in vitro уменьшает сахар наполовину и больше (с 0,5 мкм/л до 0,02мм/л).

У больных острым пиелонефритом с обычным течением, без диабета, снижение глюкозы в

сыворотке крови не происходит. Данные клинико-лабораторных исследований констатируют, что у больных основной группы лечение было более эффективное, чем в контрольной группе.

Выводы

1) Применение энтеросгеля в комплексном лечении острого пиелонефрита оказывает выраженный эффект детоксикации, улучшает микроциркуляцию и снижает бактериурию.

2) Исследования показывают, что показатели цитокинов, среднемолекулярных пептидов, ЛИИ являются важными высокоинформативными методами, которые позволяют контролировать проводимую патогенетическую терапию.

3) Энтеросгель обладает выраженным эффектом снижения сахара крови у больных с сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пытель Ю.А. и др. Основные принципы терапии больных острым пиелонефритом. Тезисы докладов 7-го пленума Всесоюзного научного общества уологов. Казань, 1986. С.47.

2. Лопаткин Н.А. и др. Способ лечения острого гнойного пиелонефрита и его осложнений гемосорбцией: Методические рекомендации. М.,1998. С.11.

3. Яненко Э.К. и др. Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных урологических заболеваний. М.,2007. С.145.

4. Синякова Л.А. Гнойный пиелонефрит: Автореф. дис… д-ра мед.наук. М., 2002. С.29-44.

5. Синякова Л.А. Гнойный пиелонефрит как осложнение урологических операций //Тезисы докладов пленума Российского сообщества урологов. Тюмень, 2005. С.78-79.

6. Неймарк А.И. и др. Влияние озонотерапии на микрофлору мочи и микроциркуляцию почки у больных с острым пиелонефритом //Эфферентная терапия. 2006. Т.12, №4. С. 62-67.

7. Трапезникова М.Н. Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей и половых органов. М.,2007. С.158.

8. Пушкарь Д.Ю. Лечение инфекций мочевыводящих путей //врач. П.Расснер М.,2002, №6, С.21-23.

9. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Т.2. М: Медицина, 1998. С. 15-20; 34-36; 266-288, 304.

10. Неймарк А.И. и др. Эфферентная терапия при хирургических и урологических заболеваниях. Красноярск, 1991. С.205.

11. Арбулиев М.Г. и др. Пиосорбция. Махачкала, 2013. С.250.

12. Переверзев А.С. Инфекции в урологии. Харьков, 2006. С.294.

13. Николаев В.Г. и др. Современные энтеросорбенты и механизмы их действия //Эфферентная терапия. СПб., 2005. Т.2, №4.

РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

П.Н. Гусниева, К.М. Арбулиев, Н.М. Гусниев, А.Г. Гамзатов

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Создание рентгеноконтрастных средств (РКС) неразрывно связано с развитием рентгенологии. Уже практически сразу, после получения Вильгельмом Рентгеном в 1895г. первых рентгенограмм, возникла идея контрастирования сосудистой системы для ее визуализации при проведении рентгенографии [1]. И в 1896г., с помощью эмульсии карбонат кальция и свинцовых шариков, у пациентов после их смерти были получены первые ангиограммы. Однако для создания химических соединений, позволяющих применять их прижизненно, прошло достаточно количество времени. И только в 1921г. было получено первое рентгеноконтрастное средство для прижизненного использования Умбренала (20%-й раствор йодистого лития). Высокая токсичность Умбренала способствовала поиску нового, менее токсичного химического препарата. Спустя 7 лет, в 1928г., было получено первое в мире йодсодержащее органическое рентгеноконтрастное вещество для внутрисосудистого введения Уроселектан (монойодсодержащее соединение, иопакс). В 1932г. синтезируется Уроселектан В (дийодсодержащее соединение 3 йодометамат) – прообраз современных рентгеноконтрастных средств, который до 50-х годов прошлого столетия оставался основным стандартным препаратом для рентгеноконтрастных исследований сосудов мочевого пузыря, почек. На современном этапе развития РКС можно

разделить на ионные (Триомбраст, Тразограф, Гипак, Урографин) и неионные контрастные вещества (Омнипак, Ультравист – мономеры, Изовист, Визипак – димеры) [2].

В урологической практике рентгеноконтрастные исследования применяются очень широко. Практически все заболевания мочевыводящих путей являются показаниями к проведению экскреторной урографии. Не менее 75% лучевой диагностики в урологии занимают рентгеноконтрастные исследования. Что касается информативности непосредственно контрастных исследований, то в настоящее время все современные препараты дают высококачественные изображения, имеющие большую диагностическую ценность. Для различных видов рент-і апологических исследований в урологии используют разнообразные контрастные вещества в различных концентрациях. Так, для экскреторной урографии применяют водные 35-50% растворы одно-, двух-, трехатомных контрастных веществ в количестве 20 мл. Для почечной ангиографии, венокавографии, тазовой флебографии используют растворы двух-, трехатомных веществ, но в более высоких концентрациях (50-70%). Для ретроградной пиелографии применяют одно-, двухатомные контрастные вещества в 20-30% растворах, тогда как для цистографии и уретрографии в 10-20% растворах. Выбор концентрации контрастных веществ строится с учетом функционального состояния почек, скорости выделения их почками и верхними мочевыми путями, а также состояния кровотока (аортография, флебография) и толщины рентгенографируемого объекта.

Использование рентгеноконтрастных растворов высокой концентрации без достаточных к тому показаний следует считать излишним. Получаемая в этих случаях на рентгенограмме весьма интенсивная тень не позволяет порой судить о характере изменений в органах.

Основными проблемами являются переносимость контрастных препаратов и в меньшей степени их цена. При внутрисосудистом введении РКС наблюдаются такие побочные явление, как головокружение, тошнота, рвота, иногда умеренная гипотония, чувство жара. Эти симптомы у большинства пациентов проходят самостоятельно после прекращения инфузии препарата и примерно в 4 раза чаще встречаются при использовании ионных средств по сравнению с неионными. Проблемой являются не сама по себе "непереносимость" и не последствия ее, которых собственно и нет, а затруднения в диагностике состояния мочевыводящих путей, связанные с невыполненной экскреторной урографией. Повторные же исследования с другим (неионным) контрастным средством обычно проводятся из-за нежелания врача брать на себя ответственность за "введение йодированного контрастного средства в условиях непереносимости". Непереносимость не является истинной аллергической реакцией, которая встречается редко. Внутрисосудистое введение большой дозы препарата приводит к более выраженным псевдоаллергическим реакциям. В повседневной работе перед введением контрастного средства всегда задают вопрос о переносимости йода, что довольно эффективно позволяет избежать тяжелых аллергоподобных осложнений. Здесь также следует отметить, что истинная аллергия, т.е гиперчувствительность немедленного типа, является реакцией строго дозонезависимой, поэтому в большинстве случаев непредсказуемой, непредотвратимой. Из этой особенности следует тот факт, что пробное введение небольшой дозы рентгеноконтрастного средства не может сократить частоту истинных аллергических реакций. В течение 20 лет в Республиканском Урологическом Центре выполнено около 40 тыс. экскреторных урографий. Выраженных реакций на введение РКС было меньше одного процента. При первых признаках серьезных реакций к введению РКС применяли внутривенно 20 мл 30 % раствора тиосульфата натрия. Из вышеперечисленного следует.

1. Неионные РКС обладают меньшим процентом побочных реакциях при внутривенном введении, чем ионные РКС.

2. Для выполнения экскреторной урографии, мультиспиральной компьютерной томографии целесообразно применять неионные РКС (омнипак, визипак, ультравист).

3. Ионные РКС следует применять для цистографии, урегрографных ретроградной или антеградной пиелографии.

Литература

1. Урология: учебник / под ред. Н.А. Лопаткина. 7-е изд. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2013. 816с.
2. Урология: учебник / Б.К. Комяков. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. 464с.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ О ПРОБЛЕМАХ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТОДАХ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Велиева Э.Э. – студентка
Кафедра эндокринологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научные руководители - к.м.н., доц. Э.М. Солтахано.
и д.м.н., проф. С.А. Абусуев.

Введение. Йододефицитные заболевания являются актуальной проблемой для многих стран мира и относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека. Ликвидация йодной недостаточности означает решение одной из наиболее социально значимых проблем человечества – сохранение интеллектуального потенциала населения. На сегодняшний день механизм возникновения йододефицитных заболеваний хорошо изучен, понятны причины возникновения, просты и доступны для любой группы населения методы профилактики. Однако, по данным ВОЗ, общее число лиц, проживающих в дефицитных по йоду районах, составляет более 1 миллиарда человек, у 200-300 млн из них выявляется зоб, более чем у 5 млн – эндемический кретинизм, миллионы имеют различные психимоторные нарушения. Наиболее выражен дефицит йода в горных и предгорных районах, в частности на Северном Кавказе.

Цель исследования: определить встречаемость симптомов тиреопатий среди студентов ведущих дагестанских вузов, как группы населения, являющейся репродуктивным и интеллектуальным потенциалом республики, изучить информированность студентов о проблемах патологии щитовидной железы и методах ее профилактики.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено среди студентов ДГМУ, ДГУ, ДГТУ в возрасте 18-25 лет по результатам заполнения анонимной анкеты. В исследовании участвовало всего 345 студентов (59,5% девушек, 40,5% юношей), из них 121 (99 девушек, 22 юношей) – из ДГМУ, 115 (61 девушек, 54 юношей) – из ДГУ, 109 (45 девушек, 64 юношей) – из ДГТУ. Анкета включала 23 вопроса, наиболее частых симптомов тиреопатий у студентов, и выявление информированности у них о проведении профилактических мероприятий для предупреждения йодной недостаточности. Обработка статистических данных производилась в редакторе Excel -2007.

Результаты исследования. По результатам анкетирования было выяснено, что 10,1% (28 девушек, 7юношей) студентов всех вузов имели симптомы встречаемые при патологии щитовидной железы. Эта категория студентов периодически проверяется у эндокринолога с проведением соответствующего лечения. У 30,2% (88 девушек, 16 юношей.) студентов (преимущественно у девушек – 25,5%) имеются симптомы недостаточности йода (чувство кома в горле, частая смена настроения, появление сонливости, медлительности, постоянная усталость, чувство мерзлоты, даже когда тепло, учащение пульса в состоянии покоя, отягощенный наследственный анамнез – родственники страдали болезнями щитовидной железы), что можно отнести к проявлениям тиреопатии, – им необходима консультация эндокринолога и дополнительное обследование. Из 345 студентов у 117 (33,9%) есть близкие родственники, страдающие болезнями щитовидной железы, что подтверждает риск развития тиреопатий. Для определения профилактического поведения студентов было выяснено, что 108 студентов (89,2%) ДГМУ осведомлены о существовании проблемы йодного дефицита в Республике Дагестан, тогда как студенты немедицинских вузов практически не знают об эндемичности нашего региона по йоду (10,3%). На вопрос: «Потребляете ли Вы в пищу йодированную соль?» – 87 студентов (71,9%) ДГМУ ответили, что потребляют, тогда как в вузах немедицинского профиля йодированную соль потребляют 145 студентов (42,3%).

Выводы. Проблема йодной недостаточности на сегодняшний день остается актуальной. Выявлены достаточно высокие показатели у студентов наличия симптомов, часто относящихся к патологии щитовидной железы. Низкие показатели профилактического поведения среди студентов немедицинского профиля и высокие показатели профилактического поведения среди студентов ДГМУ позволяют утверждать об информированности студентов нашего вуза о

наличии данной проблемы. Необходимо повысить информированность населения путем проведения ,в том числе студентами ДГМУ, различных акций, семинаров в образовательных учреждениях (в школах, вузах) о профилактике йодного дефицита. Необходимо интенсифицировать использование УЗИ щитовидной железы при диспансеризации.

THE PATHOGENESIS OF DIABETIC NEPHROPATIA. THE ROLE OF BLOOD AND LYMPH IN INTRAVASCULAR COAGULATION

Novruzlu Gandab Nizameddin - student of medical faculty
Azerbaijan Medical University
Department of Pathologic physiology
Scientific supervisor: Prof.Aliyev M.X.
Ass. Jafarova N.A.

Purpose of the experiment: Learn the rabits which are created diabetes mellitus the pathogenesis of diabetic nephropatia the role of blood and limph in intravascular coagulation

Materials and methods of experiment: During the experiment are used seven rabbits strain of "Shinshilla".Diabetes mellitus are created using dexamthasone 1mg suitable of weight in laboratory. For learning diabetic nephropathia before the experiment 4 rabits' kidneys and after the experiment 3 rabits' kidneys removed the body.Quantification results are compared modern statistic.

Results of experiment: Result of rabit which belonging control group (3 Rabit) are defined model of alloxan diabet get powerful of intravascular coagulation not only blood but also lymph system. After each of rabits which belonging experiment group (4 rabits) are removed from the body kidneys are took the blood and lymph and examined. It was revealed that rabits which are belonging experiment group blood and lymph intravascular coagulation results showed that high numbers. At that time tissues lymph system are more varied.So that lymp flow velocity is decreased 63,2% in the breast flow.

VIOLATION OF LIPID METABOLISM IN THE PATHOGENESIS OF DIABETIC NEPHROPATHY

Garaisali Kamila
Azerbaijan Medical University, Department of Pathological Physiology
*Research supervisors: prof. Aliyev S.J., Safaraliyeva L.Kh***.**

The aim of the research includes the study of the blood lipids in rabbits with the model of alloxan diabetes and their role in the pathogenesis of diabetic nephropathy.

Material and research methods. The experiments were conducted on 6 rabbits of a breed "Chinchilla" of both sexes, weighing 2,5-3,0 kg.

Results of the study. The content of total cholesterol and high-density lipoprotein was increased in the blood after modeling the alloxan diabetes mellitus (DM) in 3 rabbits of the control group. With increase of the term of study, the concentration of low and very low-density lipoproteins was markedly increased that proclaims about an increase of atherogenicity of lipoproteins. And as to 3 rabbits of the experimental group with DM model, the blood tests have been carried out after removal of one kidney. The results of the research prove that the total cholesterol in the background of alloxan model was within the normal range, and in the 60-th day of study there was observed an increase of total cholesterol and amounted to 462 mg / dl (N-200mg / dl), α- cholesterol on the background of diabetic nephropathy rose to 60 day and amounted to 95,1 mg% (N-30-75mg%), β- cholesterol on the background of diabetic nephropathy was increased to 60 days and amounted to 161,5 mg% (N-130mg%), Preβ- cholesterol for 60 days was significantly increased to 205,4 mg% (N-20-30mg%). In this case, the level of residual nitrogen and urea was increased, respectively by 26.3% to 44% ($P < 0.001$). Thus, our results have testified that the modeling of the alloxan diabetes leads to very severe hyperlipidemia, which is deepened against the background of renal failure.

THE PRINCIPLES OF CLINICAL APPLICATION OF ULTRA-LONG-ACTING BASAL INSULIN IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Sarkhan Hasanli

Introduction. Diabetes mellitus type 2, a disease of the endocrine system resulting in absolute or relative insulin deficiency is observed with a chronic increase in blood glucose.Diabetes, especially type 2 diabetes is increasing dramatically every year, 382 million people worldwide suffer from diabetes. Type 2 diabetes mellitus covers 85-95% of this tendency.This figure is expected to reach 592 million in 2035.Morever, nowadays, there are urgent problems have not been solved yet relating *insulinotherapy including stable pharmacodynamic profile,* hypoglycemic risk reduction,increasing patient comfort by reducing the number of insulin injections. We aimed to evaluate the effectiveness of treatment within insulin Lantus (Glargin) and Tresiba (Degludec) and the clinical performance characterization during 3 months of treatment in patients.

Materials & Methods. Research was conducted on 30 patients . 14 patients with insulin Glargin,16 patients with insulin Degludec were treated during the study including 18 men and 12 women. The average age of the patients involved in the study is 55.

Glargin is injected at the same time every day for 3 months, however, Degludec is injected every day, for the first month of 3 months period and in the last 2 months injecting every other day .

Results. In the treatment of patient with insulin glargin there is highlighted decrease in the level of *glycohemoglobin. Average percentage of glycohemoglobin of 14 patient treated with glargin was 8.1% changing to 6.9%* after 3 months therapy. The same result was observed within insulin degludec showing 1.3% decrease from 8% to 6.7% of *glycohemoglobin.*

Conclusion Positive results were obtained in patients treated with the medication of both generation. However, treatment with Degludek in terms of glycemic control and improving the quality of lifestyle of patients results were even more pronounced .

Treatment innovations with insulin degludec: the number of *hypoglycemia* (mostly at night) reduced drastically,at any time of the injection pump,after a month chaning regime from every day to every other day without changing your daily dose .

Key words ultra-long-acting basal insulin, Diabetes mellitus type 2, insulin glargin,insulin degludec

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ МЕТОДОМ БРАХИТЕРАПИИ НА БАЗЕ ЧОКОД ЗА 2014-2016 ГОДЫ

О.В. Берсенева, А.А. Ерыгина, В.В . Черноусов. студенты
Кафедра онкологии
ФГБОУ ВО, «ЮУГМУ» Минздрава России, г. Челябинск
Научный руководитель – к.м.н., доц., С.А. Бехтерева.

Актуальность. Многолетними наблюдениями доказана наибольшая частота увеальной меланомы (УМ) среди злокачественных внутриглазных опухолей. По обращению, ежегодно частота ее выявления варьирует от 2 до 13 случаев на 1 млн населения. Заболевают, как правило, лица профессионально трудоспособного возраста, чаще женщины. Лучевая терапия в офтальмоонкологии является важным, часто основным, а иногда единственно приемлемым методом в комбинированной терапии злокачественных и доброкачественных новообразований органа зрения. Обладая органосохранной направленностью лечения, она позволяет добиться выздоровления на фоне хорошей социальной и семейной реабилитации.

Цель исследования: Определить эффективность применения брахитерапии для лечения больных меланомой хориоидеи на примере Челябинского Областного Клинического онкологического диспансера (ЧОКОД) за 3 года.

Материалы и методы исследования. Методом сплошной выборки нами было проанализировано 111 историй болезней и протоколов операций больных с меланомой хориоидеи, пролеченных в ЧОКОД с 2014 года по 2016 год. По методу лечения: 66 пациентам была проведена брахитерапия, 45 – энуклеация глазного яблока.

Результаты исследования. Анализ по возрасту показал, что средний возраст больных, получивших брахитерапию – 59 лет. Минимальный возраст пациентов составил 24 года, максимальный возраст – 82 года. По полу: мужчин – 31(47%), женщин – 35(53%) . По стадиям: I стадия (T1N0M0) – 3 (4,5%), II стадия (T2aN0M0) – 50 (76%), III стадия (T3aN0M0) – 12 (18%), IV стадия (T4cN0M0) – 1 (1,5%). Энуклеаций глазного яблока проведено 45. К 2016г. количество энуклеаций снизилось: в 2014г. – 18 (40%) , 2014г. – 17 (38%), 2016г. – 10 (22%). Возросло количество брахитерапий: в 2014г. – 15 (23%), в 2015г. – 17 (26%), в 2016г. – 34 (51%). 7 больных получили хирургическую операцию в объеме энуклеации глазного яблока после неэффективно ранее проведенной брахитерапии. Таким образом, 10, 6% больным брахитерапия оказалась неэффективной, что привело к прогрессированию заболевания.

Выводы

1). В 89, 4% случаев брахитерапия доказала полную эффективность.

2). Количество энуклеаций в 2016 году снизилось на 44% по сравнению с 2014 годом, в свою очередь количество брахитерапии возросло на 44% по сравнению с 2014 годом.

УДК 616-085 (1-21)

МНЕНИЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.Р. Эфендиев, М.А. Гамзаева, Ф.Б. Адигюзелов - аспиранты
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. Р. С. Гаджиев

Резюме. В целях разработки мероприятий, направленных на повышение качества и доступности амбулаторной помощи сельскому населению проведен опрос 614 пациентов, обслуживаемых участковыми врачами. Исследование проведено в 2014-2015 гг. на базе 3 районов Республики Дагестан.Установлено, что почти половина (49,5%) пациентов обращаются к участковым врачам только в самых необходимых случаях, третья часть (34,8%) – во всех случаях и шестая часть (15,7%) – не во всех случаях.Большинство населения положительно относится к службе врачей общей практики и считает, что их деятельность более эффективна по сравнению с работой участкового врача-терапевта. Качеством работы врачей общей практики удовлетворены 90,7% опрошенных, а деятельностью участковых терапевтов – 79,6%.

На основе материалов исследования разработаны рекомендации и предложения по повышению качества амбулаторной помощи.

Ключевые слова: врач общей практики, участковый терапевт, мнение населения, качество амбулаторной помощи.

THE OPINION OF RURAL POPULATIONS ABOUT THE ORGANIZATION AND QUALITY OF MEDICAL CARE

Efendiev, A. R., Gamzaeva M. A., AdiguzelovF. B. - aspiranti

TheDepartmentofpublichealthandhealth DGMU
Scientificsupervisor – MD, Professor **Gadjiev R. S.**

Summary.

Inordertodesigninterventionsaimedatimprovingthequalityandavailabilityofoutpatientcaretoruralpopulationconducted a surveyof 614 patientsservedbylocalphysicians. Thestudywasconductedin 2014-2015 onthebasisofthe 3 districtsof the Republic of Dagestan. Found that almosthalf (49.5%) patientstreatedbylocaldoctorsonlyinthemostnecessarycases, thethirdpart (34,8%) – inallcases, andthesixthpart (15,7%) – notinallcases. The majority ofthepopulationhas a positiveattitudeto theserviceofGeneralpractitionersandbelievesthattheyaremoreefficientcomparedtothe workofthelocaltherapist. Thequalityofworkof Generalpractitionersaresatisfiedwith 90.7 percentofrespondents, and the active itiesof Generalpractitioners – of 79.6%.

Onthebasisofresearchrecommendationsandsuggestionsforimprovingthequalityofoutpatientcare.

Key words: Generalpractitioner, primary carephysician, the opinion ofthe population, the quality of out patientcare.

Актуальность. Одним из средств, позволяющих получить информацию о запросах населения, является изучение общественного мнения. При этом важнейшей предпосылкой для повышения удовлетворенности населения медицинской помощью является устранение факторов неудовлетворенности [1,3].

Данные социологических исследований помогают выявить недостатки и упущения, позволяют определять наиболее правильные пути их устранения, выявлять и лучше использовать имеющиеся резервы [2,4].

Цель исследования: разработка рекомендаций и предложений по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой участковыми терапевтами (УТ) и врачами общей практики (ВОП) на сельском врачебном участке (СВУ).

Исследование проведено в 2014-2015 гг. на базе 3 районов (Магарамкентский, Курахский, Ахтынский) Республики Дагестан. Проведен опрос 614 пациентов, обслуживаемых участковыми врачами.

Материал и методы исследования.Для сбора материала была разработана специальная «Анкета изучения мнения населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми врачами», которая включала 35 вопросов, влияющих на организацию и качество амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой этими специалистами: отношение населения к профилактической деятельности врачей, удовлетворенность населения графиком работы участковых врачей, частота обращаемости к врачу, время ожидания больного на приеме, частота направлений больных к врачам узких специальностей, соблюдение этических и деонтологических норм врачами, удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи, отношение населения к врачам общей практики и др.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученного материала показал, что среди опрошенных более половины (56,7%) составили женщины и 43,3% – мужчины.

Среди респондентов преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет (37%), на возрастные группы от 31 до 40 лет падает 23,5%, от 51 до 60 лет – 17,2%, от 61 до 70 лет – 12,3% и наименьшую возрастную группу составили от 20 до 30 лет–10%.

Установлено, что почти половина (49,5%) пациентов обращаются к участковым врачам только в самых необходимых случаях, третья часть (34,8%) – во всех случаях и шестая часть (15,7%) – не во всех случаях. При этом, чем моложе пациенты, тем большая среди них доля тех, кто обращается к врачам в самых необходимых случаях. Интересно отметить, что значительно возрастает доля пациентов, обращающихся к врачу только в самых необходимых случаях, среди лиц 60 лет и старше.

Основными причинами обращения к участковым врачам являются: заболевания (к ВОП – 67% и УТ – 78,7%), профилактические посещения (17,4% и 8,6%) и оформление медицинской документации соответственно (5,8% и 7,6%).

Известно, что квалификация врача общей практики по смежным специальностям значительно выше, чем у участкового терапевта. Отвечая на вопрос: «Что Вас привлекает в работе ВОП?», в первую очередь, пациенты отмечали знания и профессионализм врача как специалиста (у ВОП – 51%, у УТ –46,3%). На втором месте по степени важности находятся четкость и организованность в работе врача (у ВОП – 44,3%, у УТ – 38,1%), на третьем – разносторонность (у ВОП – 41,9%, у УТ – 36,5%) и на четвертом месте –умение врача (у ВОП – 20,5%, у УТ – 17,4%).

Практически такое же значение имеет, по мнению пациентов, и возможность получить помощь от одного врача при разных заболеваниях. Наименьшее значение этому придают самые молодые пациенты, что вполне объяснимо характером их заболеваний – в большинстве случаев это острые респираторные заболевания и грипп. Оценка деятельности ВОП пациентами различного социального положения показала, что пенсионеры оценивают качество работы ВОП более высоко (82,8%), а рабочие несколько ниже (52,2%).

У большинства (89,5%) пациентов с ВОП сложились доброжелательные отношения. Часто пациенты, особенно лица пожилого возраста, отмечают внимательность к ним врачей общей практики. Безразличное отношение к ВОП отметили 5,7% пациентов, в основном молодые (20–39 лет). Не испытывали полного доверия к врачу 2,4% опрошенных.

Достаточно показательны ответы пациентов на вопрос о причинах, по которым они считают деятельность ВОП эффективной. Более половины (57,5%) респондентов обращают внимание на то, что отпала необходимость обращаться к разным врачам, третья часть (34,4%) пациентов отмечает, что уменьшилось число направлений на консультацию к врачам других специальностей, такое же число (34,2%) опрошенных указали на уменьшение числа лабораторных и инструментальных исследований и 11,3% респондентов отметили, что повысилось внимание к членам их семей.

Отчетливо прослеживается тенденция к возрастанию доли отметивших указанные преимущества обслуживания ВОП с увеличением возраста пациента. Так, в возрастной группе 20–29 лет на уменьшение числа направлений на консультации к врачам-специалистам указали 22,9%, 60 лет и старше – 40% опрошенных. На то, что отпала необходимость обращаться к раз-

ным врачам, в возрасте до 20 лет указали 36,4%, а в возрасте 40-49 лет –66,1% пациентов.

Проведенный опрос показал, что подавляющее большинство населения положительно относится к службе ВОП и считает, что деятельность ВОП более эффективна по сравнению с работой участкового врача-терапевта.

На вопрос «В чем, по Вашему мнению, заключаются преимущества медицинского обслуживания по принципу врача общей практики» ответы были неоднозначные. Из общего числа опрошенных около половины (48%) указали на то, что с введением ВОП медицинская помощь стала более доступной, 36,2% – более квалифицированной и 32,4% респондентов –большей по объему. Более 2/3 (70%) респондентов отметили индивидуальный подход врачей общей практики к решению проблем их здоровья. Наибольшая часть респондентов (65,2%) считает, что основным преимуществом является возможность обращения за медицинской помощью к одному врачу, половина респондентов (50,9%) указали, что этот принцип позволит лучше знать социальные проблемы семьи. Третья часть опрошенных считает, что квалификация врача общей практики значительно выше квалификации участкового терапевта. И, наконец, каждый четвертый респондент считает, что новая форма медицинского обслуживания сократит обращаемость населения в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Однако необходимо отметить, что перестройка первичного звена медицинской помощи, как и многие другие преобразования в здравоохранении, проходит без достаточной информированности широких масс населения о необходимости и преимуществах тех или иных преобразований в системе медицинской помощи населению. Анализ информированности населения о преимуществах системы ВОП показал, что среди пациентов, которые пользовались в течение года услугами ВОП, на свою осведомленность о ВОП указали 58,6% респондентов, 38% заявили, что не совсем осведомлены, а 22% вообще как будто первый раз услышали о ВОП. Естественно, что среди пациентов участковых терапевтов около половины (47%) ничего не слышали о системе ВОП и только каждый третий (32%) знает, что это такое.

При оценке населением работы поликлиники большое значение имеют соблюдение этических и деонтологических норм врачами. При этом врачи общей практики получили более высокую оценку, чем участковые терапевты. Так, внимательное и вежливое отношение к пациентам отметили 92,4%респондентов у врачей общей практики и 71,3% – у участковых терапевтов. На спешку участковых врачей во время приема указали 18,5% респондентов и 7,2% отметили этот недостаток у ВОП.

Одной из задач исследования было изучение степени удовлетворенности населения деятельностью участковых врачей. По данным анкетирования, качеством работы врачей общей практики удовлетворены 90,7% опрошенных, не удовлетворены – 5,4%, затруднялись с ответом – 3,9%, а деятельностью участковых терапевтов соответственно – 79,6%, 13,7% и 6,7%. Из числа неудовлетворенных указали следующие причины: невнимательность, торопливость на приеме (32%), низкую квалификацию врача (17,4%), длительное ожидание приема (15,8%) и несвоевременное обслуживание вызовов на дому (7,5%).

Заключение. Материалы исследования позволили нам определить основные направления совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой участковыми врачами. К ним относятся: укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений; обеспечение транспортом врачей при обслуживании больных на дому; совершенствование преемственности в работе между участковыми врачами, службой скорой медицинской помощи, поликлиниками и стационарами; усиление контроля за работой участковых врачей со стороны главных врачей; широкое привлечение врачей-специалистов для консультации больных; непрерывное повышение квалификации участковых врачей и средних медицинских работников; рационализация труда участковых врачей; улучшение качества подготовки участковых врачей по вопросам медицинской профилактики, особенно по формированию здорового образа жизни.

Литература

1. Гаджиев Р.С. Врач общей практики (семейный врач). М.: Медицина, 2005. С. 354 – 365.

2. Рагимов Г.Г.Качество лечебно-профилактической помощи населению на фельдшерско-акушерских пунктах по материалам экспертных оценок // Региональный вестник молодых ученых. Махачкала. 2011. № 2(23). С. 94-97.

3. Степанов В.В. и др. Первичная медико-санитарная помощь сельским жителям в современных условиях // Бюлл. Нац. НИИ общественного здоровья РАМН. 2006. Вып. 3. С. 122–123.
4. Стрючков В.В. и др. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям // Здравоохранение. 2008. № 6. С. 47–50.

УДК 614.252.1:616-085

РОЛЬ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

А.Р. Эфендиев, М.А. Гамзаева, Ф.Б. Адигюзелов. - аспиранты
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., проф. Р. С. Гаджиев.

Резюме. В целях разработки системы мероприятий по формированию здорового образа жизни сельского населения проведен опрос 917 посетителей сельских врачебных участков. Исследование проводилось в 2015-2016 гг. на базе 3 сельских врачебных амбулаторий Республики Дагестан. Установлено: среди респондентов 64,2% мужчин и 8,4% женщин употребляют алкоголь; более половины (53,5%) мужчин и 45,6% женщин курят, 27,6% населения в случае заболевания не обращаются к врачу. Рекомендации и советы врачей пациентами выполняются полностью в 53,7% случаев, частично – в 29,6% и не выполняются – в 16,7% случаев.

На основе материалов исследования разработаны предложения по формированию здорового образа жизни сельского населения.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, вредные привычки, здоровье населения.

THE ROLE OF RURAL DOCTORS IN THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE

Efendiev, A. R., Gamzaeva M. A., AdiguzelovF. B. - aspiranti

The Department of public health and health DGMU
Scientificsupervisor – MD, Professor**Gadjiev R. S.**

Summary.

Inordertodevelopthesystemofmeasuresonformationofhealthylifestyleoftheruralpopulationsurveyed 917 visitorsto a ruralmedicalsites. Thestudywasconductedin 2015-2016 onthebasisof 3 ruraloutpatientclinicsoftheRepublicofDagestan. Installed: amongtherespondents, 64.2% ofmenand 8.4% ofwomenconsumealcohol; morethanhalf (53,5%) males 45.6% ofwomenaresmokers, 27.6 percentofthepopulationincaseofillnessappealedtothedoctor.
Therecommendationsandadviceofdoctorsthepatientsarecompletelyin 53.7% ofcases, partiallyat 29.6% notmet 16.7% ofthecases.

Onthebasisofresearchproposalsfortheformationof a healthywayoflifeoftheruralpopulation.

Key words:healthylifestyle, addictions, populationhealth.

Актуальность. Система здравоохранения является одной из самых затратных областей экономики. Поэтому важнейшей задачей современной политики здравоохранения является формирование у людей потребности быть здоровыми, ответственными за состояние своего здоровья и здоровья своих детей, вести здоровый образ жизни (ЗОЖ)[1-4].

Цель исследования: разработка системы мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни сельского населения на основе изучения некоторых его аспектов.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2015-2016 гг. на базе 3 сельских врачебных участков 3 сельских районов (Магарамкентский, Ахтынский, Курахский) Республики Дагестан. Проведен опрос 917 посетителей сельских врачебных участков. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 28 вопросов по 5 группам факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни: социально-

демографические; психологическая характеристика семьи; характеристика культурной жизни и отдыха семьи; вредные привычки; здоровье и медицинская активность. В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический и социологический методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученного материала показал, что среди респондентов 61,2% составили женщины, 38,8% - мужчины. Преобладание числа женщин-респондентов над мужчинами, по-видимому, объясняется существующими тенденциями в демографической ситуации и большей активностью женщин при социологических опросах.

Среди опрошенных преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет (42%), на возрастные группы от 31 до 40 лет приходилось 20,2%, от 51 до 60 лет – 15,1%, от 21 до 30 лет – 11,2%. Почти одинаковый удельный вес имели возрастные группы от 18 до 20 лет (4,1%) и от 61 до 70 лет (5,4%).

Известно, что на здоровье в значительной степени влияет психологический микроклимат в семье. В связи с этим, нами была изучена психологическая характеристика семьи. На вопрос: «Какие у Вас взаимоотношения в семье?» были получены следующие ответы: дружные – 81,5%, напряженные – 12%, конфликтные – 5,3%, крайне напряженные – 1,2%. Основными причинами неблагоприятных взаимоотношений в семье являются: недостаточная материальная обеспеченность – 68,4%, употребление спиртных напитков – 22,3%, отсутствие детей – 9,5%, неустроенность детей в дошкольные учреждения – 5,8%.

Известно, что одним из факторов, негативно влияющих на формирование здорового образа жизни, является употребление спиртных напитков. Исследованием установлено, что среди респондентов 64,2% мужчин и 8,4% женщин употребляют алкоголь.

Распределение респондентов, употребляющих спиртные напитки, по возрастным группам показало, что среди лиц, употребляющих алкоголь, основная доля падает на возрастные группы 31 – 40 лет (72,5%), 21 – 30 лет (69,5%) и 41– 50 лет (64,2%).

Обращает на себя внимание, что в возрастной структуре 38,4% употребляющих алкоголь падает на подростковый возраст. Далее с возрастом количество лиц, употребляющих алкоголь, снижается: в 51 – 60 лет составляет 58,9%, в 61 – 70 лет – 54,9%, в 71 и более лет – 43,7%.

Материалы исследования показали, что ведущими источниками знаний о вреде алкоголя и наркотиков являются сведения, полученные от родителей (71%) и из средств массовой информации (26,2%). В то время как от медицинских работников и педагогов – лишь только 19,5% и 4,9% соответственно.

Другим фактором, негативно влияющим на здоровье населения, как известно, является курение. Изучение распространенности его среди сельского населения показало, что среди мужчин курят более половины (53,5%), а женщин – 5,6%. Распределение лиц курящих по возрастным группам показало, что наибольший удельный вес среди курящих приходится на возрастные группы 31 – 40 лет (48,6%), 21 – 30 лет (47,5%) и 41 – 50 лет (41,9%). С возрастом число курящих уменьшается: 51 – 60 лет (19,9%), 61 – 70 лет (17,5%) и 71 и выше (4,4%). Вероятно, в этом периоде болезни, являющиеся следствием курения, заставляют определенную часть людей пересмотреть свое отношение к вредной привычке.

По данным анкетного опроса, проведен сравнительный анализ состояния здоровья и частоты заболеваемости респондентов по социально-профессиональным группам. Материалы исследования показали, что свое здоровье оценили как хорошее 39,2% рабочих, 26% служащих, 21% бизнесменов и 12,2% пенсионеров, как неудовлетворительное – 41,3% пенсионеров, 24,5% рабочих и 22,2% служащих.

Анализ заболеваемости респондентов за последний год показал, что чаще (в 5 раз и более) в год болеют пенсионеры (43,9%), служащие (22,5%) и рабочие (20,6%).

На вопрос, «Какие факторы, по Вашему мнению, способствуют улучшению состояния здоровья?» – были получены следующие ответы: избавление от вредных привычек – 34,2%, улучшение материальной обеспеченности – 32,8%, увеличение свободного времени – 21,4%, рациональное питание – 15,4%, улучшение условий труда – 13,2% и занятия спортом – 8,4%.

В структуре заболеваемости респондентов, по данным анкетирования, на первом месте стоят болезни органов дыхания – 32,2%, на втором – болезни сердечно-сосудистой системы (31,4%), на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (20%), на четвертом – болезни мочеполовой системы (13,2%). Почти одинаковую долю занимают болезни кожи и подкожной клетчатки (7,8%), болезни крови и кроветворных органов (8%). Установлено, что из числа лиц

с хроническими заболеваниями лишь третья часть (32,5%) состоят на диспансерном учете.

Одним из важных факторов здорового образа жизни является уровень медицинской активности населения. Однако материалы нашего исследования показали, что 27,6% населения в случае заболевания не обращались к врачу. Причинами несвоевременного обращения явились: длительное ожидание приема врача – 32,6%, лечились сами – 22,4%, надежда на то, что болезнь «сама пройдет» – 20,1%, не нуждались в больничном листе – 12,3%, не удовлетворяет качество работы врача – 7%, нерациональный график работы врача – 4,2%, прочие причины – 5,1%.

Важное значение для полноценного и своевременного лечения имеет выполнение рекомендаций врача в случае болезни. Однако анкетный опрос показал, что рекомендации и советы врачей пациентами выполняются полностью в 53,7% случаев, частично – в 29,6% и не выполняются – в 16,7% случаев.

Материалы исследования показали, что в настоящее время врачи первичного звена здравоохранения недостаточно внимания уделяют формированию здорового образа жизни населения. Так, по данным анкетного опроса, более трети (37,4%) респондентов не удовлетворены санитарно-просветительной работой, а 33,3% – воздержались от ответа.

Заключение

На основе материалов исследования нами определены основные направления совершенствования деятельности врачей первичного звена здравоохранения по формированию здорового образа жизни сельского населения. К ним относятся: подготовка участковых терапевтов, педиатров, педагогов, социальных работников по вопросам пропаганды ЗОЖ и гигиенического обучения населения; пропаганда рационального питания среди населения; профилактика вредных привычек (курение, наркомания, алкоголизм); организация при медицинских учреждениях «Школ здоровья» пациентов с неинфекционными заболеваниями (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и др.).

Литература

1. Агаларова Л.С. Медико-профилактические и организационно-технологические аспекты деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов. Монография. Махачкала: Издательство «Наука ДНЦ», 2010. 352с.

2. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. 456 с.

3. Сафонова Ю.А., Зубкова И.Н., Зоткин Е.Р. Влияние обучающих программ на приверженность пациентов рекомендациям по профилактике и лечению //Семейный врач. 2009. Т.13. №1. С.32-35.

4. Хайдарова Т.С., Нурмуханбетова Р.Н. Совершенствование профилактической деятельности в системе первичной медико-санитарной помощи //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. №3. С. 44-46.

УДК 616-085 (1-22)

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К УЧАСТКОВЫМ ВРАЧАМ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

М.А. Гамзаева, Ф.Б. Адигюзелов, А.Р. Эфендиев. - аспиранты

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – д.м.н., доц. Агаларова Л.С.

Резюме. В целях разработки рекомендаций по совершенствованию поликлинической помощи, оказываемой участковыми врачами, по данным первичной медицинской документации изучены 838 случаев обращений населения. Исследование проведено в 2014-2015 годах на базе 3 городских поликлиник г. Махачкалы Республики Дагестан.

Установлено, что в структуре посещаемости у участковых врачей в среднем по всем классам болезней на первом месте стоят болезни органов дыхания (32,7%), на втором – системы кровооб-

ращения (19,5%), третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,8%). Исследование показало, что чаще обращаются женщины по сравнению с мужчинами (56,6% и 43,4% случаев соответственно).

На основе материалов исследования разработаны рекомендации по оптимизации поликлинической помощи городскому населению.

Ключевые слова: участковый врач, обращаемость населения, заболеваемость.

ANALYSIS OF APPEALABILITY OF POPULATION TO LOCAL PHYSICIANS IN CITY POLYCLINICS

Gamzaeva M. A., Adiguzelov F. B., Efendiev, A. R. - aspirants
The Department of public health and health DGMU
Scientific supervisor – M. D. Agalarova L. S.

Summary. In order to develop recommendations to improve the care provided by local practitioners, according to primary medical documentation of 838 cases studied population references. The study was conducted in 2014-2015 on the basis of 3 municipal polyclinics of Makhachkala Republic of Dagestan.

It is established that in the structure of attendance at local doctors the average for all classes of diseases in the first place are diseases of the respiratory system (32.7 per cent), followed by circulatory system (19.5 per cent), third – diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (8.8 percent). The study showed that most women treated compared to men (56.6% to 43.4% of cases).

Based on the research developed recommendations for optimizing patient care to urban population.

Key words: family doctor, uptake of the population, morbidity.

Актуальность. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению является наиболее доступным и массовым видом медицинского обслуживания. От постановки внебольничной помощи, качества работы врачей в амбулаторно-поликлинических условиях зависят правильное и раннее распознавание болезней, дальнейшее лечение больного, своевременная госпитализация, проведение необходимых лечебных и профилактических мер в отношении как самого больного, так и окружающего населения [1, 3].

Ведущей фигурой в системе первичной медико-санитарной помощи является врач общей практики. Организация медицинской помощи по принципу врача общей практики позволяет обеспечивать высокий уровень лечебно-профилактической работы, осуществлять динамическое наблюдение за определенными группами населения, изучать условия труда и их влияние на здоровье работающих[2, 4].

Целью исследования: разработка научно обоснованных рекомендаций, направленных на совершенствование организации и повышение качества амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики (ВОП) и участковыми терапевтами (УТ) в условиях городских поликлиник.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в 2014-2015 годах на базе 3 городских поликлиник (№ 2, 4, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан. Объем и характер амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами, изучены по данным первичной медицинской документации – всего 838 случаев обращений. За единицу наблюдения в исследовании было принято одно посещение больного (здорового). В соответствии с целью и задачами в исследовании были использованы статистический, аналитический и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами изучена структура посещений населением врачей общей практики и участковых терапевтов городских поликлиник по классам болезней. Установлено, что в структуре посещаемости у участковых врачей в среднем по всем классам болезней на первом месте стоят болезни органов дыхания (32,7%), на втором – системы кровообращения (19,5%), третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,8%), четвертом – инфекционные и паразитарные болезни (8,5%), пятом – болезни органов пищеварения (6,5%), на шестом – болезни нервной системы (5,6%). На эти 6 классов приходится 81,6% от всех

заболеваний. Наибольшее число посещений к врачам общей практики наблюдается по инфекционным и паразитарным болезням, болезням эндокринной системы, с расстройством питания и нарушением обмена веществ, с психическими расстройствами, болезнями кожи и подкожной клетчатки, травмами и отравлениями, а по болезням глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка − в 1,5 раза, по заболеваниям нервной системы − почти в 2 раза.

Материалы анализа структуры посещений населением врачей общей практики и участковых терапевтов могут быть использованы при планировании деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), разработке и осуществлении мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала, планировании и осуществлении целенаправленной санитарно-просветительной работы. В работе участковых врачей больше внимания необходимо уделять мероприятиям по первичной и вторичной профилактике болезней сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней; повышению качества медицинской помощи, внедрению в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения.

Материалы исследования показали, что число первичных посещений к врачам общей практики составило 30,5%, повторных – 69,5%, а к участковым терапевтам соответственно – 24,7% и 75,3%.

Нами изучен возрастно-половой и социальный состав посетителей городских поликлиник. Исследование показало, что чаще обращаются женщины по сравнению с мужчинами (56,6% и 43,4% случаев соответственно). В структуре амбулаторного приема преобладали пенсионеры (48,8%), рабочие и служащие государственных учреждений составили 29,3%, частных предприятий и коммерческих структур − 6,6% и 3,9% соответственно, на долю безработных пришлось 11,3%.

Как известно, на качество медицинской помощи в значительной степени влияет нагрузка врачей на приеме, график работы, дни недели, сезонность года и др. При анализе обращаемости по сезонам года и отдельным месяцам установлено, что обращаемость к участковым врачам зимой в 2−3 раза выше, чем летом. Удельный вес обращений в декабре-феврале составил 10,2−14,8 %, а в июле и августе − 5,4 и 4,5 % всех обращений за год. В течение недели большая часть больных обращается в понедельник (23,2 %) и во вторник (21,4%), в то время как в среду − 14,7 % и в субботу − 4,2 %. Все это необходимо учитывать при составлении графиков работы участковых врачей при планировании лечебно-диагностической и профилактической работы.

Изучение обращаемости к участковым врачам по часам показало, что наиболее интенсивен поток посетителей с 9 до 11 ч (33 %), затем он постепенно снижается: до 14,4% в 12−13 ч, а после 14 ч число посетителей незначительно. Высокая обращаемость пациентов в часы своей трудовой деятельности свидетельствует о недостаточно активном регулировании потока посетителей участковыми врачами.

Анализ обращаемости населения к ВОП показал, что основная доля в структуре обращений приходится на больных терапевтического профиля (70,3%), а 29,7% приходится на больных нетерапевтического профиля, среди которых значительная доля падает на больных неврологического (7,4%), педиатрического (6,0%), оториноларингологического (3,5%) и акушерско-гинекологического (3,1%) профилей.

Заключение. Анализ объема и характера амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами, позволил наметить основные пути ее оптимизации: совершенствование технологии амбулаторного приема посетителей; рациональное использование рабочего времени; планирование работы по дням недели, месяцам, сезонам года; рациональная организация рабочих мест врачей; механизация и унификация медицинской документации; широкое использование стандартных бланков, компьютерной техники; совершенствование информационного обеспечения участковых врачей на амбулаторном приеме; совершенствование преемственности в работе участковых врачей, службы скорой медицинской помощи, поликлиник и стационаров; широкое привлечение врачей-специалистов для консультации больных на дому.

Литература

5. *Агаларова Л.С.* Медико-профилактические и организационно-технологические аспекты деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов. Монография. Махачкала: Издательство «Наука ДНЦ». 2010. 352 с.

6. *Агаларова Л.С.* Пути повышения качества и эффективности труда участковых терапевтов и врачей общей практики //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 2. С.23 – 27.

7. *Гаджиев Р.С.* Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. 456 с.

8. *Лаврищева Ю.*М. Роль врачей общей практики в укреплении общественного здоровья населения: Материалы Всероссийской научной конференции. М. 2007. С. 249-251.

УДК 614.1:616-085

КУРЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ф. А. Рамазанова, С.Р. Гаджиев, М.Г. Качаева, А.Р. Омарова. – студенты

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.С. Агаларова.

Резюме. В целях изучение влияния курения на основные неинфекционные заболевания и разработки рекомендаций по пропаганде здорового образа жизни нами проведен опрос 374 человек. Исследование проводилось в поликлиниках г. Махачкалы Республики Дагестан в 2015-2016 гг. Согласно полученным данным, у регулярных курильщиков частота новых случаев ИБС в 1,3-1,5 раза больше, чем среди никогда не куривших. Риск повторного инфаркта миокарда среди курящих мужчин среднего возраста по сравнению с некурящими увеличивался в 1,5 раза. Смертность от хронической обструктивной болезни легких среди курящих в 3,5 раза превышает таковую среди некурящих.

На основе материалов исследования разработаны предложения по формированию здорового образа жизни населения.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, неинфекционные заболевания, вредные привычки.

NON-SMOKING AS ONE OF THE RISK FACTORS MAJOR NON-COMMUNICABLE DISEASES

Ramazanova F. A., Gadzhiev R. S., Kachaeva M. G., Omarova A. R. - students

The Department of public health and health DGMU
Scientific supervisor – M. D. **Agalarova L. S.**

Summary. In order to study the influence of Smoking on major non-communicable diseases and develop recommendations to promote healthy lifestyles, we conducted a survey of 374 people. The study was conducted in clinics of the city of Makhachkala Republic of Dagestan in the period of 2015-2016 According to the data obtained from regular smokers, the frequency of new cases of ischemic heart disease in 1.3-1.5 times higher than among never Smoking. The risk of recurrent myocardial infarction among male smokers in middle age compared with non-smokers increased by 1.5 times. Mortality from chronic obstructive pulmonary disease among smokers is 3.5 times higher than that among non-smokers.

On the basis of research proposals for the formation of a healthy way of life.

Key words: healthy lifestyles, noncommunicable diseases, bad habits.

Актуальность. Среди факторов риска основных неинфекционных заболеваний одним из ведущих является табакокурение. Эта привычка широко распространена в разных странах, варьируя среди взрослого населения от 20 % до 85 % [1, 3].

Для выработки правильной профилактической стратегии в деле оптимизации ситуации с курением необходимо иметь представление о степени патогенности данного фактора в отношении основных неинфекционных заболеваний. В литературе накоплено большое количество данных, указывающих на значение для здоровья различных поведенческих особенностей, влияние образа и качества жизни, ряда социально-экономических условий и др. [2, 4]. Многие

из перечисленных факторов могут иметь тесную связь с курением. В результате патогенная ситуация оказывается определяемой и их влиянием, а не только курением.

Цель исследования: изучение влияния курения на основные неинфекционные заболевания и разработка рекомендаций по пропаганде здорового образа жизни.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось в поликлиниках (№ 4, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан в 2015-2016 гг. Объектом исследования явились посетители поликлиник - всего 375 человек.

Для проведения исследования были разработаны 2 анкеты: «Анкета изучения отношения населения к своему здоровью», «Анкета изучения здоровья населения и факторов, влияющих на него».

При разработке анкет были соблюдены технико-организационные и этические требования, принятые в социологических и социально-гигиенических исследованиях. Проанализированы: медицинская активность, отношение к физической культуре и спорту, употреблению сигарет и др. В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались следующие методы: статистический и социологический. Статистическую обработку проводили при помощи программ Statistica 6,0, MS Excel 2003.

Результаты исследования. Результаты проведенного нами исследования показывают, что на здоровье респондентов влияет совокупность факторов, как условия, так и образ жизни. В то же время, на наш взгляд, не менее важным фактором, определяющим состояние здоровья, являются субъективные показатели, то есть система отношений личности к себе, своему положению и окружающей его социальной среде.

С этой целью рассмотрим результаты основных исследований. Что касается ишемической болезни сердца (ИБС), имеется большое число длительных наблюдений по изучению возникновения этого заболевания среди курящих лиц. Согласно полученным данным, у регулярных курильщиков частота новых случаев ИБС в 1,3-1,5 раза больше, чем среди никогда не куривших. При сравнении курящих и некурящих – мужчин 40-59 лет, сопоставимых по возрасту, уровню артериального давления и холестерина, риск появления ИБС выявлялся в 3,0 раза выше среди курящих. Частота возникновения клинически выраженной ИБС у мужчин в возрасте до 60 лет среди не куривших составила 15 %, а среди выкуривающих более 20 сигарет в день – 33 %.

При длительном наблюдении за выкуривающими более 20 сигарет в сутки показано, что первый инфаркт миокарда у них возникает в 3 раза чаще. Риск повторного инфаркта миокарда среди курящих мужчин среднего возраста по сравнению с некурящими увеличивался в 1,5 раза.

Выраженные атеросклеротические изменения у интенсивных курильщиков выявляются даже в молодом и среднем возрасте, в том числе при проведении коронарографических исследований. Клиническими проявлениями этих поражений выступают «табачная стенокардия» (загрудинные боли после выкуренной сигареты) и стенокардия напряжения, а также инфаркт миокарда. Выраженный атеросклероз наблюдался у 94% злостных курильщиков и 49% некурящих и малокурящих.

Смертность от сердечно-сосудистой патологии среди курящего населения также выше. По данным исследования, курящие мужчины и женщины имеют риск смерти от ИБС почти на 52% выше, чем некурящие. Курящие отличаются более интенсивным возникновением и других сердечно-сосудистых заболеваний. Среди курящих мужчин в возрасте до 55 лет на 30-50 % выше риск развития цереброваскулярной патологии. У курящих чаще наблюдаются болезни периферических сосудов.

Среди других хронических заболеваний тесная связь с курением обнаружена для неспецифических заболеваний легких. Курение рассматривается как один из основных факторов экзогенной природы, ведущих к развитию и прогрессированию бронхиальной астмы, эмфиземы легких, хронического обструктивного бронхита, острых респираторных заболеваний. Смертность от хронической обструктивной болезни легких среди курящих в 3,5 раза превышает таковую среди некурящих.

Результаты исследований показали тесную связь курения с онкологическими заболеваниями. Рак легких в настоящее время является важной причиной смерти от злокачественных новообразований во всем мире. Частота его возникновения у интенсивных курильщиков в 1,5-2,0 раза выше, чем у некурящих.

По результатам наблюдения за мужчинами 40-59 лет, смертность от онкологических заболеваний среди интенсивно курящих была в 3 раза выше по сравнению с никогда не куривши-

ми. Что касается общей смертности среди курильщиков среднего возраста, то она примерно в 2-3 раза больше, чем среди некурящих. Так, общая смертность мужского населения 45-49 лет среди регулярно курящих мужчин оказалась в 2,5 раза выше, чем среди некурящих, и почти в 1,5 раза выше, чем среди куривших в прошлом. Разница в продолжительности жизни курящих и некурящих достигает 7-15 лет.

Заключение. Согласно полученным данным, у регулярных курильщиков частота новых случаев ИБС в 1,3-1,5 раза больше, чем среди никогда не куривших. При длительном наблюдении за выкуривающими более 20 сигарет в сутки показано, что первый инфаркт миокарда у них возникает в 3 раза чаще. Риск повторного инфаркта миокарда среди курящих мужчин среднего возраста по сравнению с некурящими увеличивался в 1,5 раза. Смертность от онкологических заболеваний среди интенсивно курящих была в 3 раза выше по сравнению с никогда не курившими. Общая смертность мужского населения 45-49 лет среди регулярно курящих мужчин оказалась в 2,5 раза выше, чем среди некурящих, и почти в 1,5 раза выше, чем среди куривших в прошлом.

Литература

1. Амлаев К.Р. К вопросу об изучении влияния некоторых социально- экономических факторов на здоровье // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007. №5. С. 8 - 11.

2. Бабанов С.А. Табакокурение в молодежной среде и пути профилактики // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. №1. С 13 -14.

3. Богомолова Н.Д. и др. Распространенность табакокурения среди молодежи Кемеровской области и пути ее профилактики // Здоровье и образование в XXI веке: Материалы второй междунар. науч.-практ. конф. М., 2001. С 45.

4. Гаджиев Р.С. и др. Условия и образ жизни подростков в крупном городе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №5. С. 18 - 20.

УДК 616.4. (616-085)

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

М.Г. Качаева, С.Р. Гаджиев, Ф.А. Рамазанова, А.Р. Омарова. - студенты

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.С. Агаларова.

Резюме. В целях изучения условий, образа жизни, включая медицинскую активность, заболеваемость и самооценку здоровья студентов, нами было проведено анкетирование 375 человек. Установлено, что нарушения требований к здоровому образу жизни проявляются в несоблюдении режима сна (62,5%), питания (58,0%), двигательной активности (22%), привычке к курению (31%). Половина (51,0%) респондентов считают, что существующая система здравоохранения никак не обеспечивает студентов необходимой медицинской помощью, 37,6% – обеспечивает частично и лишь 5,3% считают уровень медицинского обеспечения студентов достаточным; 6,1% затруднились с ответом. Студенты проявляли жалобы на нарушение здоровья, которые связаны с утомляемостью (72,3%), слабостью (41,5%), головной болью (23,6%), нарушениями сна (27,4%), ослаблением памяти (32,9%).

Ключевые слова: медицинская активность, здоровый образ жизни, заболеваемость, студент.

MEDICAL STUDENTS ' ACTIVITY AS A FORM OF RELATIONSHIP TO THEIR HEALTH

Kachaeva M. G., Gadzhiev R. S., Ramazanova F. A., Omarova A. R. - students

The Department of public health and health DGMU

Scientific supervisor – M. D. **Agalarova L. S.**

Summary. In order to study conditions, way of life, including medical activity, morbidity and self-reported health of students, we conducted a survey of 375 people. It is established that the violation of the requirements for a healthy lifestyle are manifested in the violation of the sleep mode (62.5

percent), nutrition (58,0%), physical activity (22%), the habit of Smoking (31%). Half (51,0%) of respondents believe that the current health care system does not provide students with necessary medical care, 37,6% - provides in part, and only 5.3% consider the level of medical support students sufficient; 6.1 percent were undecided. Students showed complaints of violations of health that are associated with fatigue (72,3%), weakness (41,5%), headache (23,6%), sleep disorders (27,4%), memory loss (32.9 percent).

Key words: medical activity, healthy lifestyle, morbidity, student.

Актуальность. В условиях затянувшегося социально-экономического кризиса в стране в студенческой среде возникает необходимость сочетания учебного процесса с трудовой деятельностью, что приводит к повышенным нагрузкам и перегрузкам организма, снижению эффективности обучения, ограничению общественно полезной деятельности будущих специалистов. За период обучения в высшей школе число лиц с хроническими заболеваниями и функциональными нарушениями возрастает. Достоверно установлено, что рост заболеваемости студентов в современных условиях происходит на фоне выраженного снижения общего уровня их физического развития и ухудшения функционального состояния [1,5].

Медицинская активность отражает, с одной стороны, деятельность самих студентов в отношении охраны своего здоровья, с другой стороны – деятельность органов и учреждений здравоохранения по обеспечению учащихся медицинской помощью. Как и все составляющие образа жизни, медицинская активность зависит от конкретной социально- экономической, политической ситуации в стране и рассматривается как широкое, многоаспектное явление [2,3,4].

Цель исследования: изучение медицинской активности студентов и разработка методических рекомендаций по улучшению здорового образа жизни.

Материал и методы исследования. Методические подходы, используемые в работе, основаны на опыте проведения комплексных социально-гигиенических исследований здоровья и образа жизни различных контингентов населения по программам, разработанным на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ДГМУ под руководством профессора Р.С. Гаджиева и доктора мед. наук Л.С. Агаларовой.

Работа выполнена в соответствии с поставленными задачами в течение 2015 -2016 гг. **Базой** исследования является Дагестанский государственный медицинский университет. **Объектом** исследования явились студенты ДГМУ (357 человек) в возрасте 18-21 лет (1-5 курс обучения). Единица наблюдения, используемая в процессе изучения здоровья и факторов образа жизни – студент ДГМУ.

Основными признаками, характеризующими единицу наблюдения, явились: пол, возраст, место постоянного проживания, семейное положение. Социально-гигиеническая характеристика объекта исследования представлена с позиций условий, образа жизни, включая медицинскую активность, заболеваемость и самооценку здоровья. Для реализации **этапа исследования** использовалась «Анкета изучения мнения студентов о здоровом образе жизни студентов».

Статистическая обработка материалов исследования включала составление и анализ вариационных рядов с вычислением относительных, средних величин, среднего квадратического отклонения, ошибок репрезентативности, достоверности различий сравниваемых статистических показателей, корреляционных зависимостей, построение графических изображений; проводился анализ заболеваемости в различных возрастно-половых группах. При обработке использована компьютерная программа Microsoft Excel 7.0.

Результаты исследования. Изучение медицинской активности студентов по критериям – санитарно-гигиеническое поведение, информированность о состоянии здоровья, отношение к сложившейся системе медицинской помощи позволяет выявить характерные для данного контингента особенности.

Уровень санитарно-гигиенических знаний всех исследуемых студентов можно считать относительно идентичным: относительно высоким в силу профессиональных особенностей изучаемого контингента. Студенты достаточно информированы о состоянии своего здоровья. 95,4% анализируют состояние своего здоровья, соотносят его с общепринятыми критериями (группами здоровья), при наличии заболеваний формулируют развернутый диагноз и только 4,6% не могут вынести определенной его оценки.

Поведение в случае заболеваний студентов медицинского вуза имеет особенности, связанные с наличием у данного контингента определенных медицинских знаний и навыков. Данное положение подтверждается отсутствием статистически достоверной связи факторов образа жизни, характеризующих санитарно-гигиеническое поведение студентов (режим двигательной активности, сна, питания, использование оздоровительных мер, курение) с поведением в случае возникновения заболевания (обращается за медицинской помощью в учреждения здравоохранения или лечится сам).

При наличии альтернативных путей получения медицинской помощи, 1/3 часть (28,5%) студентов пользуется услугами поликлиники по месту жительства, 27,0% лечатся в других медицинских учреждениях, 23,2% – пользуются платной медицинской помощью, 21,3% – лечатся сами.

Половина (51,0%) респондентов считают, что существующая система здравоохранения никак не обеспечивает студентов необходимой медицинской помощью, 37,6% – обеспечивает частично, и лишь 5,3% считают уровень медицинского обеспечения студентов достаточным; 6,1% затруднились с ответом.

Вопрос о возможных направлениях улучшения медицинской помощи вызвал среди студентов определенные затруднения: 41,5% затруднились с ответом, 4,0% высказались за то, чтобы работал медпункт в университете; 3,5% – за создание при университете специализированной студенческой поликлиники.

Целесообразность введения материальных льгот для студентов (как малообеспеченных граждан) на лекарства, стоматологические, диагностические услуги отмечают 74,0% респондентов.

Неспецифические меры профилактики называют 15,0% студентов: 6,6% – оздоровление в домах отдыха, санаториях, санаториях-профилакториях, 4,0% приоритетными мерами считают обеспечение рационального питания, 4,4% – получение возможности посещать бассейны, спортзалы по льготным абонементам или бесплатно.

Резюмируя вышесказанное, необходимо отметить, что тенденции формирования образа жизни и здоровья студентов медицинского вуза неблагоприятны. Нарушения требований к здоровому образу жизни проявляются в несоблюдении режима сна (62,5%), питания (58,0%), двигательной активности (22%), привычки к курению (31%). Студенты, склонные к нездоровому образу жизни, имеют худшие показатели здоровья. Более половины (57,3%) студентов совмещают учебу с работой, что негативно отражается на их здоровье. Работающие студенты в большей степени, чем неработающие, склонны оценивать свой образ жизни как не вполне здоровый.

Жалобы на нарушение здоровья связаны с утомляемостью (72,3%), слабостью (41,5%), головной болью (23,6%), нарушениями сна (27,4%), ослаблением памяти (32,9%). По данным комплексной оценки, 8,6% студентов относят себя к категории здоровых, 43,0% – практически здоровых, 7,0% – часто болеющих, 40,0% отмечают наличие хронических заболеваний.

Уровень обращаемости студентов - медиков в территориальную поликлинику по поводу заболеваний низкий. Наличие низкого уровня обращаемости в поликлинику объясняется распространением самолечения (32%), обращением в медицинские организации по месту жительства (27%) и использованием платных медицинских услуг. Половина студентов считает платную медицинскую помощь более доступной и квалифицированной, 38% к платной медицинской помощи относятся положительно, но не имеют возможности ею пользоваться, и только 7% относятся к ней негативно.

Обязательные массовые профилактические осмотры студентов в настоящее время не проводятся, 89,6% заболеваний выявляется при возникновении явных симптомов и самостоятельном обращении за медицинской помощью в поликлинику (66,4%) или стационар (23,2%).

Заключение. Указанные направления скорее касаются системы оздоровления студентов как глобальной проблемы общества и здравоохранения. Проведенное исследование свидетельствует о необходимости повышения уровня медицинской активности со стороны общества и здравоохранения в сфере обеспечения студентов медицинской помощью. Имеет место выра-

женная потребность в усилении возможностей проведения лечебно-профилактической работы среди студентов, обусловленная неблагоприятными тенденциями в состоянии здоровья изучаемого контингента и отсутствием как таковой системы медицинской помощи.

Литература

1. Гаджиев Р.С. и др. Условия и образ жизни подростков в крупном городе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №5. С. 18 – 20.

2. Гребняк Н.П. и др. Здоровье и образ жизни студентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины М.: Медицина. 2007. №4. С. 33 — 37.

3. Гринина О.В. и др. Образ жизни и здоровье студентов // Материалы I Всерос. научн. конф. М., 1995. С 9 - 12.

4. Камаев И.А. Динамика заболеваемости и особенности медицинского обслуживания студентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. №1. 26 - 29.

5. Кучеренко В.З. и др. Отношение студенческой молодежи к созданию семьи во время обучения в зависимости от медико-социальных факторов, условий и образа жизни // Проблемы управления здравоохранением. М. 2004. № 3 (16) С. 47 - 50.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НЕКОТОРЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

З.А. Гасанова. – студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – к.м.н., доц. А.Н. Гасанов.

Актуальность. Одной из основных социально-гигиенических проблем здравоохранения любой страны является охрана здоровья матери и ребенка. А здоровые дети – это будущие здоровые родители. Важным показателем здоровья новорожденного является, прежде всего, его физическое развитие. Оно, благодаря биологическому единству организма матери и плода, очень чутко реагирует на изменения, происходящие как в организме матери, так и в окружающей среде [1,2] .

Цель исследования: изучить физическое развитие всех одноплодных доношенных новорожденных и его зависимость от некоторых факторов окружающей среды.

Материал и методы исследования. В течение 2015-2016 гг. на базе лечебных учреждений г. Махачкалы проведено исследование физического развития всех одноплодных доношенных новорожденных (мальчиков - 387, девочек-374) и его зависимость от некоторых экологических, биологических и социальных факторов. Работа выполнялась на базе роддомов №2, №3 РКБ, ОПН ДРКБ, женской консультации №1, детской поликлиники №1 г. Махачкалы. Были использованы данные антропометрий новорожденных, статистический метод.

Результаты исследования. Исследованием установлено, что средние показатели физического развития новорожденных городской местности, по сравнению с сельской, находятся на значительно высоком уровне.

Средний рост новорожденных городской местности (54,22) выше, чем сельских (52,36) : у мальчиков на 1,5-2см, у девочек на 1,0- 1,5см . Средний вес 3398,2 г мальчиков увеличился на 30г, а девочек на 20г. Это дает основание говорить о незначительном увеличении веса городских новорожденных. Стабилизация веса является положительным моментом, так как чрезмерное увеличение параметров физического развития новорожденных влечет за собой серьезные осложнения в течении родового акта и увеличение травматизма детей в родах .

Вышеприведенное сравнение свидетельствует о том, что физическое развитие детей находится в прямой зависимости от условий их существования как климато - географического порядка [4] .

Нами параллельно с антропометрией новорожденных был изучен рост матерей 20-25 лет

– рожениц 2015-2016 г. У проживающих в городской местности средний рост составил 165,5 см, а в сельской – 162,3см. Естественно, что существенная разница роста женщин в 3,2 см могла явиться причиной увеличения длины тела рождающихся у них детей.

При исследовании зависимости физического развития новорожденных от порядкового номера родов установлено, что как в городской, так и в сельской местности при каждых последующих родах (до 5-ти) все показатели увеличиваются. Увеличение существенно в сравнении с первыми родами.

Показатели физического развития мальчиков превышают аналогичные показатели девочек при всех родах. Беременность, закончившаяся родами, оказывает большое положительное влияние на рост, вес, ОГ, ОГК следующего новорожденного. По-видимому, объяснение данному явлению следует искать в глубокой нормальной перестройке организма женщины, ее обменных процессов в течение всей беременности и первого родового акта.

Анализ влияния роста матери на физическое развитие новорожденных показал, что наименьший рост у мальчиков (-53,52 +-0,42см), девочек (-52,32+-0,32см) и вес (мальчиков -3453,4 +-0,32г, девочек -3325,6 +-45,63г.) имеют дети от первых родов у матерей до 20 лет, а наибольший рост мальчиков (-53,85+-0,13см), девочек (-52,56+-0,35см) и вес мальчиков (-34,85+-42,56 г.), девочек (3376,5 +-58,36г.) у матерей 25-29 лет.

У юных (до 20 лет) и пожилых (40 лет и старше) матерей удельный вес детей с низким ростом и весом значительно выше, чем у матерей среднего возраста, а процент детей со средним физическим развитием, наоборот, ниже, тогда как у женщин среднего возраста он самый высокий (70,5-81%) .

Параметры физического развития травмированных новорожденных выше средних показателей для доношенных детей.

Тщательный анализ причин травматизма детей в родах выявил, что у 77 обследованных травмированных новорожденных в 2015-2016гг. основными причинами травм являлись их высокое физическое развитие – крупный плод (27,5%), быстрые роды (17, 8%), слабая родовая деятельность и затяжные роды (12,7%) .

Наибольшую роль в возникновении травм новорожденных играет их вес. Это видно из приведенных ниже данных.

Вес	До 3000г	З 3050-3150г	З 3500 3950г	4000г и более
К Количество новорожденных	123	273	261	104
И Из них Т травмировано	4	13	17	14
В В % ко всем Д детям данного веса	3,3	4,8	6,5	13,4

Чем больше вес ребенка при рождении, тем чаще он получает родовую травму. Среди крупных плодов мальчиков значительно больше, чем девочек. Поэтому и количество травмированных мальчиков намного больше , чем девочек .

Таким образом, ведущим признаком травматизма детей в родах является их высокое физической развитие. Следовательно, снижения детского травматизма в родах можно добиться прежде всего путем предупреждения развития крупных плодов и повышения удельного веса детей со средними показателями.

Выводы

1. Ведущей причиной травматизма доношенных детей является их высокое физическое развитие. Показатели роста, веса травмированных новорожденных существенно выше средних данных.

2. Физическое развитие новорожденных городской местности по сравнению с сельской находится на достаточно высоком уровне.

3. Показатели физического развития новорожденных детей находятся в прямой зависимости от порядкового номера беременности, родов (до 4-х) и возраста матери. Наиболее

благоприятным для детородной функции является возраст матери 20-34 года.

Литература

1. Лешкевич И.А., Тимакова М.В. Состояние здоровья детей и перспективы развития детского здравоохранения в Москве // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. Т.53, № 2. С.5-8

2. Тамазян Г.И., Руголь Л.И. Структурные преобразования в организации специализированной помощи детскому населению Московской области // Вопросы практической педиатрии. 2010. Т.5, №5, С. 122-123.

3.Яковлева Т.И., Баранов А.А. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России // Вопросы современной педиатрии . 2011. Т.10, №2. С. 7-12.

4.Гаджиев Р.С., Магомедов Р.И., Гасанов А.Н. Заболеваемость и смертность детей раннего возраста в Республике Дагестан // Справочник врача общей практики . 2012. №9. С. 49-55.

МОРФОМЕТРИЯ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ЧЕЛОВЕКА

А.М Абдулкеримова, З.И. Абусинова, С.Р. Гаджиев - студенты стоматологического факультета

Кафедра анатомии человека ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Т..Гусейнова

Актуальность. При разработке лечебных и оперативных вопросов в области головы и шеи необходимы глубокие знания о морфометрических особенностях структур черепа (ямки, каналы, сосуды, нервы, лимфатические узлы и т.д.).

Цель исследования: описать морфометрические особенности отверстий в задней черепной ямке у лиц зрелого возраста (ll-период).

Материал и методы исследования. На 9 черепах взрослого человека описали топографию, размеры и локальные особенности отверстий на черепе. Использовали линейки, штангенциркуль,зарисовку, протоколирование и фотографирование.

Результаты исследований.

Важнейшее значение в медицинской краниологии имеет морфология яремного отверстия, расположенное сбоку затылочной кости и пирамиды височной кости. Форма яремного отверстия овальная. Передняя часть отверстия уже, чем задняя его часть. Яремное отверстие имеет форму усеченного конуса. На основании черепа яремная ямка часто имеет форму округлую, а в полости черепа - более удлиненную спереди назад.

При сравнении морфометрии яремного отверстия слева и справа разницы в размерах и формах мы не заметили и достоверных различий не обнаружили. Возможно разница в малом числе наблюдений (n=9 черепов). В литературе [4] указывают , что размеры правого яремного отверстия преобладают над левым в пределах 45-100%. По выраженности костных краев мы наблюдаем три формы: 1) низкий край; 2) средний и 3) высокий край.

Как и в литературе (1-4) мы выделяем три варианта яремной ямки: 1) малое яремное отверстие с диаметром 4-6мм; 2) среднее – 8-11мм ; 3) большое – 11-13мм. Малые яремные отверстия имеют щелевидную узкую форму, а большие отверстия имеют овальную и округлую форму.

Длина яремного отверстия, по нашим наблюдениям, варьирует от 6мм до 15мм, а в литературе (4) указывают от 2 до 17мм.

Внутри яремного отверстия встречаются выступы, мостики, особенно с внутренней поверхности черепа.

Вывод. При рентгенографии, УЗИ, КТ, МРТ необходимо учесть наличие вариантных морфометрических различий для точной диагностики поражений яремного отверстия и содержимого (сосуды, нервы и т.д.), черепа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусейнов Т.С. Анатомия черепа человека (лекция для студентов). //Махачкала, 1992. 25с.
2. Куприянов В.В, Стовичек Г.В. Лицо человека // М.; 1988: 272 с.
3. Сапин М.Р, Никитюк Д.Б. Анатомия головы и шеи // М.: Издат. Центр « Академия », 2010-336 с.
4. Сперанский В. С. Основы медицинской краниологии // М.: Медицина, 1988. 288 с.

MORPHOLOGICAL AND CRANIOMETRIC DIVERSITY OF EYE SOCKETS IN DIFFERENT FORMS OF FACIAL SKELETON

Namazova Sevinj İmran

The diversity of morph functional characteristics on the right and left half of skull causes the asymmetry of the face. In 95 % cases, the asymmetry of the face is connected to the diversity of the tone of facial muscles and the impact of bone structures connecting muscles to them. Although the information about the asymmetry of the face has been widely used by cosmetologist, face-chin sur-

geons and anthropologists, the asymmetry of some bone structures of the face has not been studied appropriately. Taking them into the consideration, the study of the diversity of form and craniometrical sizes of eye sockets in different forms of facial skull was set as a goal. In order to achieve this aim, it is advisable to implement the following duties.

1. To determine the relation between form and sizes of eye sockets with different forms of facial skeleton
2. To reveal asymmetry in form and sizes of right and left eye sockets in the studied skulls.

In the study, 20 skulls which taken from craniological collection of museum of department of human anatomy of Azerbaijan Medical University were used. In facial skeleton and eye sockets, craniometric measures were taken. For this purpose, the points which offered by R.Martin and accepted as general in craniometry were used.

1. Nasion –It is the intersection of the frontal bone and two nasal bones.
2. Gnation –The most front point of jawbone.
3. Prostion –The most front point of alveolar protrusion of the lower jaw.
4. Zygion –The most lateral point of the cheekbone.

Upper and morphological height and width of facial skeleton were measured. The upper height of facial skull is the distance between nasion and prostion, the morphological height of the facial skull is the distance between nasion and gnation and the width of facial skull is the distance between zygion points. In order to determine the form of facial skeleton, upper and morphological face indexes were calculated. The upper facial index is the ratio of upper height of the facial skull to its width and the morphological facial index is the ratio of morphological height of the facial skull to its width. Wide-faced, medium-faced and long-faced skulls are defined according to the indicator of facial index.

In order to define the sizes of eye sockets, the following craniometrical points are used.

1. Dakrion –The point which is situated in the connection of upper edge of the carpal of eye tears bone with nose- eye tear suture on the inner wall of eye socket.
2. Ektokonxion–The point which divides eye sockets into two parts and situated parallel to the eye socket-upper edge.
3. Fronto-molare-orbitale –The point which situated on the cross of outside edge of eye socket with forehead- zygomatic suture.

The following measures were carried out on eye sockets.

1. Width of eye sockets –The distance between dacrion and ektokonxion.
2. Height of eye sockets. –As perpendicular to the width of eye sockets, the distance between the middle of the eye socket-upper edge and the middle of the eye socket-upper edge

In order to determine the form of eye sockets, its index was calculated. index is the ratio of height of the eye sockets to its width. Lower-heighted, medium-heighted and high eye sockets are defined according to the index of eye socket.

Forms of entrance of eye socket.

Note: A. Quadrangular entrance of eye socket;
B. Circular entrance of eye socket;
C. Longish entrance of eye socket;

In order to define the relation between different forms of facial skull and the forms of eye sockets, the craniometrical measures have been carried out.

Distribution of studied skulls for their face index shows that 6 out of 20 skulls are broad-faced, 10 are medium-faced and 4 are long-faced. According to index of eye socket, tall eye sockets are observed in long-faced skulls. In medium-faced and broad-faced skulls, eye sockets with medium height are determined.

In 78,6%, eye sockets with medium depth were determined in long-faced skulls, in 47,7%, deep eye sockets were determined in medium-faced skulls and in 20% shallow eye sockets were determined in broad-faced skulls. In 4 studied skulls out of 20, asymmetry determined visually in eye sockets was not observed. In 16 skulls, right and left eye sockets differ from one another significantly. Irrespective of their form, in all skulls craniometric indexes (height, width and depth) of left eye socket are bigger than right eye socket.

Evidences resulted from study can be used for the selection of more secure and safe way of surgical operation carried out in the area of eye socket and during analysis of roentgenograms of face part of head.

The received information can be applied in forensic medical expertise during the study of ruined skulls and during the determination of identification of person for remains of bones.

РОЛЬ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Р.С. Ахмедова – аспирант

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - д.б.н., доц. С.М.Омарова

Актуальность. По данным современной литературы, инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии с общей частотой встречаемости около 60% (Серов В. Н., 2005).

Актуальность этой проблемы очевидна, и это связано с несколькими факторами. В первую очередь с высоким уровнем инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), важная этиологическая роль которых в генезе ифекционно-воспалительной патологии генитальной сферы бесспорна. Спектр возбудителей ИППП за последние годы расширился за счет большого числа бактериальных, вирусных, протозойных и других инфекций. Уровень заболеваемости остается высоким в течение последних 10 лет без определенных тенденций к снижению. Ежегодно в мире, по данным ВОЗ, регистрируется от 92 до 95 миллионов случаев урогенитального хламидиоза — заболевания, занимающего одно из первых мест в структуре ИППП. Частота выявления хламидий у больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы составляет от 18 до 45% (Савичева А. М. и соавт., 1998; Соколовский Е. В., 1998; Козлова В. И. и соавт., 2003). В России, по официальной статистике, общий уровень заболеваемости ИППП за последние пять лет увеличился на 37,5%.

Кроме того, очевидна роль этих заболеваний в формировании многочисленных нарушений репродуктивной функции женщин, среди которых наиболее значимыми являются бесплодие, привычное невынашивание беременности. Широкое распространение ИППП изменение нормального состава вагинального микробиоценоза под воздействием целого ряда эндо- и экзогенных неблагоприятных воздействий являются причинами развития патологии беременности, плода и новорожденного.

Цель исследования: Определить роль вирусно-бактериальных патогенов в развитии инфекционно-воспалительной патологии у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Был взят клинический материал 100 женщин, находящихся на учете в женской консультации с различной патологией урогенитального тракта: пробы мочи (50), мазки (50), смывы (50). Для изучения клинических проб различного происхождения применяли микробиологические и молекулярно-биологические методы исследования (бактериологический метод с выделением и идентификацией возбудителя, определением антибиотикограммы; ПЦР-метод и ИФА).

Результаты исследования. Различная экстрагенитальная патология была выявлена у 92% женшин: болезни ЛОР-органов (19-21%), частые ОРВИ (57-63%), болезни желудочно-кишечного тракта (5-6%), сердечно-сосудистой системы (6-9%), эндокринные заболевания и др. У 18-20% в анамнезе отмечался хронический пиелонефрит. У 49% женщин отмечены различные заболевания щитовидной железы, что, вероятно, связано с дефицитом йода в регионе. Среди обследованных женщин железодефицитная анемия была выявлена у 63-70%.

Все женщины были обследованы трижды: при постановке на учет в женскую консультацию, к концу первого триместра и за 4 недели до родов.

Наиболее часто при первичном обследовании были выявлены возбудители герпес - и цитомегаловирусной инфекций, а также токсоплазменной инфекции в сочетании с вторичной бактериальной и грибковой флорой. Обнаружение ВПГ варьировало от 52,4% до 7,7%, ЦМВ – в 45,6% - 19,2% случаев, с значительным увеличением у женщин при первичном обследовании. Хламидии выявлялись от 7,8% до 10,6% случаев.

Специфические IgG антитела к ЦМВ суммарно во всех группах были выявлены у 86 из 100 женщин. Таким образом, инфицирование плода ЦМВ у беременных женщин г. Махачкалы может происходить, главным образом, не за счет первичного инфицирования с высоким риском транс-

плацентарной передачи, а при активации персистирующего вируса или суперинфекции.

ДНК ЦМВ в соскобе из уретры и цервикального канала была выявлена при первичном обследовании в 57,0% случаев (57 из 100). При повторном обследовании перед родами ДНК ЦМВ была обнаружена у 33 из 100 женщин (33,0%).

Маркеры активизации персистирующей инфекции при повторном обследовании (ДНК ЦМВ в крови, анти-ЦМВ IgM и/или IqG – антитела в высоких титрах - 1:6400 и больше) были выявлены у 25 из 100 женщин, на основании чего им был поставлен диагноз активная ЦМВИ. В то же время у них индикаторы первичной ЦМВИ (IgM+, IgG-) не были выявлены.

Из 25 случаев активной ЦМВИ в 20 (80%) отмечали невынашивание беременности, рождение детей с очень малой и экстремально низкой массой тела. Следует отметить, что в 9 случаях беременные женщины отказались от применения нормального человеческого иммуноглобулина и виферона, хотя оптимальным является трехкратное использование иммунокорригирующих препаратов во время беременности: в I,II триместрах и за 10-14 дней до предполагаемых родов.

Анализ результатов лабораторного обследования показал, что практически у всех женщин (97%) отмечается высокая частота вирусно-вирусных, вирусно-бактериальных инфекций и микозов.

Качественно-количественные ассоциации хронической ЦМВИ у обследованных женщин, у которых были выявлены только анти-ЦМВ IgG с инфекциями, передаваемыми половым путем результаты анализов свидетельствуют о том, что хроническая ЦМВИ чаще всего встречается в виде микст – инфекции с вирусом простого герпеса и хламидиями. Так, ЦМВ и ВПГ были выявлены у 42,7%; ЦМВ и хламидии - у 23,3%, возбудители трихомонадной и мико = уреаплазменной инфекций в ассоциации с ЦМВ выявлены значительно реже (20%), другие инфекции были выявлены только в 3,1% случаев.

При бактериологическом исследовании были выявлены дисбиотические нарушения вагинальной флоры. Они характеризовались преобладанием условно-патогенных микроорганизмов над лактобактериями. Так, в 46,7% были выделены и идентифицированы Escherichia coli, в 23% – Staphylococcus aureus, в 22,2% – Klebsiella pneumoniae. Другие возбудители выявлялись у 8,1% обследованных женщин. Кроме того, следует отметить значительную частоту обнаружения грибов рода Candida (38,6%).

Выводы. Воспалительные заболевания урогенитального тракта характеризовались полиэтиологичностью. Среди условнопатогенных неспецифических возбудителей ведущая роль принадлежит аэробно-анаэробным ассоциациям микроорганизмов (25-60%): представителям семейства Enterobacteriaceae (прежде всего, E. coli), стафилококкам (S. aureus, S. epidermidis, S. saprophyticus), Bacteroides spp., Prevotella bivia, Clostridium spp., Pepto-streptococcus spp. и др.

Ведущую роль в развитии инфекционно-воспалительной патологии играли и специфические микроорганизмы, тропные к цилиндрическому эпителию цервикального канала: Chlamydia trachomatis (25-30%) и Neisseria gonorrhoeae (5-12%). Сочетание хламидий с гонококком отмечается у 13,7%, с уреаплазмами и микоплазмами – у 19,1%, с трихомонадами у 11,3% женщин. Роль микоплазм и уреаплазм в развитии инфекционно-воспалительных инфекций у женщин репродуктивного возраста составляла от 10 до 50%. Так, моноинфекция микоплазмоз встречалась в 12-18% наблюдений, а в сочетании с другими микроорганизмами в 70-87%, причем из них в сочетании с хламидиями – в 18-30% случаев.

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ M. BOVIS ОТ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

С.А. Алиев, Р.З. Маммаев - студенты 3 курса лечебного факультета
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., доц. М.С.Саидов

Актуальность. Туберкулез – хроническая инфекционная болезнь человека и животных, вызываемая микобактериями и характеризующаяся поражением различных органов и систем. Несмотря на некоторое улучшение эпидемиологических показателей за последние годы, эта инфекция продолжает оставаться актуальной. Заболевание у человека вызывают, в основном,

M. tuberculosis – 92%, M. bovis – 5% M. africanum – 3% (Зверев В.В., 2010).

Основным источником является больной с туберкулезом органов дыхания, выделяющий бактерии в окружающую среду, так называемые «больные с открытой формой туберкулеза». Больные сельскохозяйственные животные крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, играют второстепенную роль. Роль домашних животных как источника инфекции возрастает для регионов с развитым животноводством. В Ростовской, Новосибирской, Омской и др. областях частота распространения M. bovis составляет от 11 до 25%.

Бычий туберкулез коварнее и беспощаднее человеческого. Коварнее потому, что порою неуловим: нередко протекает скрытно, бывает внелегочным. Бычья форма и протекает тяжелее, чем человеческая, т.к. болезненный процесс развивается очень быстро, а сама палочка бычьего типа устойчивее к противотуберкулезным препаратам, чем ее собратья. Поэтому и лечение бычьего туберкулеза гораздо более длительное.

Человек заражается при контакте с больными животными, при употреблении сырого молока, реже плохо обработанного мяса. В сливочном масле возбудитель может сохраняться до 270 суток, в сыре до 200 суток.

Под микроскопом возбудители всех видов туберкулеза выглядят одинаково и отличить их микроскопически невозможно, но M. bovis отличается от M. tuberculosis рядом биологических признаков. На питательных средах M. bovis растет медленнее, чем M. Tuberculosis, и предпочитает микроаэрофильные условия.

Для того чтобы отличить M. Bovis, до середины 60-х годов пользовались биологическим методом, основанным на различной чувствительности лабораторных животных к туберкулезным бактериям разного типа, – кролики устойчивы к M. tuberculosis, но восприимчивы к M. bovis, морские свинки же наоборот более устойчивы к M. bovis, чем к M. tuberculosis. Биологический метод был дорогим, сложным и долгим. Позже американский ученый К. Конно разработал так называемую ниациновую пробу для дифференцировки микобактерий туберкулеза. Её идея в том, что палочки человеческого туберкулёза по сравнению с бычьим вырабатывают большее количество никотиновой кислоты – ниацина. Если в культуру добавить в присутствии цианистого калия хлорамин- Б, то она окрасится в ярко-желтый цвет. Но он не нашел широкого применения в бактериологических лабораториях, т.к. цианистый калий, применяемый для ее постановки, является сильнейшим ядом. Поэтому в настоящее время в бактериологических лабораториях чаще применяется тест на определение нитратредуктазы, которая восстанавливает нитриты в нитраты. Нитратредуктаза – фермент, характерный только для M. tuberculosis.

Цель исследования: изучить частоту распространения M. bovis по материалам бактериологической лаборатории РПТД (зав. бак. лабораторией Э.М. Гадисова).

Материал и методы. Для определения способности микобактерий редуцировать нитраты используют 4-недельные культуры, выращенные на среде Левенштейна – Йенсена. Культуру суспендируют в 0,2 мл изотонического раствора хлорида натрия, добавляют 2 мл раствора нитрата натрия в буфере, встряхивают и инкубируют в условиях водяной бани при температуре 37^0С. Затем добавляют одну каплю разведенной HCL (пробирку встряхивают), 2 капли 0,2% раствора сульфаниламида и 2 капли 0,1% раствора N – нафтилендиамина. При положительном результате цвет становится красным. Интенсивность окраски определяют в полюсах. Положительным считают результат, если интенсивность окраски от 3+ до 5+.

Результаты и обсуждение. Частота распространения M. bovis в РД за последние 5 лет представлены в таблице.

Таблица

Частота распространения M. bovis в РД

Год	Количество	Бычий тип	Человеческий тип
2011	256	18%	82%
2012	538	21%	79%
2013	257	23%	77%
2014	300	18%	82%
2015	370	23%	77%

Как видно из таблицы, показатели распространения M. bovis за 5 лет (2011-2015 г.г.) колеблются от

18% до 23%, что свидетельствует о более высоком удельном весе этого возбудителя в нашей республике.

Увеличение частоты выделения за последние годы можно объяснить тем, что с переходом общественного животноводства в частные руки ветеринарная служба потеряла контроль над ним. Только совместная работа медицинских и ветеринарных служб может привести к снижению роли M. bovis в эпидемиологии и патологии человека.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МИКРОБНЫХ ПЛЕНОК НА РАЗЛИЧНЫХ СУБСТРАТАХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

С.А. Гаджиева - студентка 4 курса

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель - к.м.н., доц. А.И.Алиева

Актуальность. Действительно, в настоящее время в понимании патогенеза различных инфекционных заболеваний всё большую популярность приобретает концепция бактериальных биоплёнок. Впервые о роли бактериальных биоплёнок при различных инфекциях заговорили более 25 лет назад. В настоящее время считается, что более 65% всех инфекционных заболеваний обусловлены микроорганизмами, существующими в форме биоплёнок.

Вплоть до конца прошлого века, то есть более 150 лет, микробиология развивалась главным образом на основе исследований чистых культур микроорганизмов. Более того, восприятие бактерий как одноклеточных форм жизни глубоко укоренилось именно благодаря исследованиям на чистых культурах. Поскольку бактерии могут быть рассеяны до одиночной колонии, являющейся потомством единственной клетки, и затем изучены в жидкой культуре, этот метод использовался в ходе большинства микробиологических исследований.

К числу заболеваний, связанных с присутствием биоплёнок, относятся инфекции мочевых путей (вызванные *E. coli* и другими бактериями), мочекаменная болезнь, катетер-ассоциированные инфекции кровотока (золотистый и коагулазонегативные стафилококки, другие бактерии и грибы рода *Candida*), стоматологические проблемы (зубной камень, кариес, гингивит), хронический простатит, инфекции среднего уха у детей (обусловленные, например, *Haemophilus influenzae*), хронический синусит, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), муковисцидоз, инфекционный эндокардит, хронический остеомиелит, инфекции протезированных клапанов и суставов и т.д.

В настоящее время основной частью микробиологов признано, что большинство микроорганизмов в естественных и искусственно созданных окружающих средах существует в виде структурированных, прикрепленных к поверхности сообществ – биопленок.

Материал и методы исследования. Исследования были проведены в ОРИТ новорожденных родильного дома РКБ г. Махачкалы. Материал для исследования – смывы с контуров ИВЛ, трахеостомической трубки, зондов для кормления. Бактериологическое исследование проводили методом посева на комплекс селективных питательных сред: Клебсиелла-агар, 5% кровяной агар, ЖСА, Эндо. Для определения биохимических свойств использовали среду Клиглера (сахаролитические и протеолитические свойства).

Результаты исследования. По культуральным свойстам (росту на питательных средах) выросшие колонии микроорганизмов были отнесены к лактозопозитивным микроорганизмам. На среде Клиглера отмечалось изменение цвета среды и яркая картина газообразования, что характерно для E.coli. На 5% кровяном агаре отмечался гемолиз.

Способность бактерий существовать в составе биопленок создает большие трудности для медицины, т.к. эти бактерии проявляют существенно увеличенную резистентность к лекарственным препаратам, дезинфектантам, иммунной защите организма.

В своей работе мы определяли антибиотикочувствительность выделенной культуры E.coli на АГВ-агаре, диско-диффузионным методом.

При микроскопировании выделенной культуры определялись Гр- палочки средней величины с закругленными концами.

На АГВ-агаре, при определении антибиотикочувствительности выделенной культуры, отмечали полирезистентность.

Выводы: существование микроорганизмов в виде биопленок – доказанный факт. Обсуждаемые нами сведения лишь отчасти иллюстрируют широту проблемы инфекций, ассоциированных с образованием биопленок. Многообразие локализации и форм хронических и рецидивирующих инфекционных процессов свидетельствует в пользу отсутствия единого подхода к профилактике образования или элиминации биопленок. Стандартные лабораторные исследования не дают информации о действии антибиотиков на бактерии биопленок.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Л. Уруджева, П. Батимирзаева - студенты 3 курса педиатрического факультета
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.М. Саидова

Актуальность. В настоящее время проблема антибиотикорезистентности бактерий стала очень актуальной медицинской проблемой. При многих гнойно-воспалительных процессах высеваются штаммы стафилококков, устойчивые к 3-м и более антибиотикам, т.е. полирезистентные штаммы. В связи с чем поиск альтернативных антибактериальных средств является чрезвычайно актуальным. Такие лекарственные растения, как чабрец, душица, подорожник широко употребляются населением в виде чаев, настоев.

Цель исследования: изучение антибактериальной активности таких лекарственных растений, как чабрец, душица, подорожник, произрастающих в нашей республике.

Материал и методы исследования. Для изучения чувствительности к антибиотикам брали тест-культуру S. aureus (209). Изучение антибактериального действия лекарственных форм из растений производили по следующей методике: к 0,2 мл взвеси в физиологическом растворе суточной культуры, содержащей 5 млн. микробных тел в 1 мл, и добавляем 0,5 мл настоя лекарственного растения.

В контрольную пробирку вместо лекарственной формы вносили 0,5 мл физ.раствора. Смесь помещали в термостат на 24 ч при t 37 ^{0}, после чего пересевали на чашки с МПА.

Учет результатов производили после 24 ч выдерживания в термостате по 4-балльной системе.

Результаты исследования. Для изучения антибактериального действия брали готовые лекарственные формы из растений, растущих в нашей республике – настои чабреца и душицы, сок подорожника.

Результаты антибактериального действия указанных лекарственных препаратов представлены в таблице.

Таблица

Антибактериальное действие препаратов из лекарственных растений, произрастающих в РД

Лекарственный препарат	Тест- культура S. aureus (209)	
	Опыт	Контроль
1. Настой чабреца	+	++++
2. Настой душицы	-	++++
3. Сок подорожника	++	++++

Примечание: + - изолированные колонии,++ - много изолированных колоний, ++++ - сплошной рост, - роста нет.

Полученные результаты показывают, что выраженное бактериостатическое действие оказывают настой чабреца и сок подорожника, бактерицидное действие – настой душицы. Полученные результаты могут быть использованы в лечебной практике

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНЕ ЗОБНОЙ ЭНДЕМИИ

А.Т. Тучалова аспирант, А.С. Абдулхаликов, А.Г. Магомедов, И.Г.Ахмедов

Кафедра госпитальной хирургии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Г.Магомедов

Среди заболеваний щитовидной железы узловой зоб является наиболее частой патологией. Одной из важных задач диагностики является своевременное выявление злокачественных новообразований, с последующим выбором тактики ведения пациента.

Распространенность узлового зоба в Республике Дагестан, по мнению различных авторов, достигает около 40-45 % от общего населения, что в среднем составляет около 1 млн от численности населения республики. Цифры впечатляющие. При этом, ранее считалось, что узел может переродиться из доброкачественного в злокачественный, тем самым увеличивая показания для оперативного лечения. На данный момент, улучшая качество диагностики, мы можем существенно сократить показания для оперативного лечения.

В золотой стандарт обследования щитовидной железы с узловыми образованиями входят:

1) УЗИ щитовидной железы;

2) Исследование тиреоидного статуса пациента (плюс измерение уровня кальцитонина и РЭА в крови);

3) ТАБ узлов щитовидной железы размерами от 1 см в диаметре.

Это общеизвестные правила, которые в полном объеме применяются около 15 лет с успехом за рубежом, около 10 лет – в центральных округах России и всего лишь в последние 1,5- 2 года в пределах республики.

Цель исследования: изучение цитологической картины узловых образований щитовидной железы по данным ТАБ.

Материалы и методы исследования: Были исследованы результаты 522 пациентов, которым была проведена ТАБ щитовидной железы, с последующей отправкой биопсийного материала в национальный центр клинической и морфологической диагностики Санкт-Петербурга (НЦКМД). Цитологическую картину биопсийного материала характеризовали по классификации Bethesda, 2010.

Возраст пациентов варьировал от 19 до 78 лет, средний возраст исследуемых 25-35 лет. Из них женщин 470 (87%), мужчин 72 (13%). Исследование проводилось в течение 6 месяцев, на базе поликлинического отделения ООО «Диагностический центр». Всем пациентам был выставлен диагноз узловой зоб, диаметр узлов был ≥1 см. Процедура ТАБ проводилась строго под УЗИ-контролем, техникой свободной руки (один специалист – хирург-эндокринолог), с соблюдением правил забора материала – взятие биоптата у зоны роста узла. При наведении использовался аппарат экспертного класса Medison Sonoace X8.

Процедура проводилась в условиях процедурного кабинета, с соблюдением всех условий стерильности. Препараты дополнительно не закреплялись ни красящим веществом, ни какими-либо растворами. Вся последующая окраска и консультация материала проводилась строго в лаборатории НЦКМД.

Результаты исследования: По результатам исследований морфологическая верификация узлов состояла из 6 групп, принятых по классификации Bethesda в 2010 году. По данным ТАБ, не информативным материал оказался в 75 случаях (14,4%) – 1 группа по классификации Bethesda, 2010 , в 340 случаях (65,1%)ответ звучал как коллоидный узел или тиреоидит Хашимото – 2 группа по классификации Bethesda, 2010; подозрение на фолликулярную опухоль, или фолликулярная опухоль – 60 случаев (11,5%) – 4 группа по классификации Bethesda, 2010; подозрение на папиллярную карциному – 3 случая (0,6%) – 5 группа по классификации Bethesda, 2010; папиллярная карцинома – 44 случая (8,4%) – 6 группа по классификации Bethesda, 2010 (таб.1). При этом в первую группу попали преимущественно узлы равные в диаметре 1-0,9 см, или кистозно-солидного строения. И 4, и 5, и 6 группы чаще встречаются в возрастном диапазоне 20-45 лет.

Таблица1

Группы	Цитологическое заключение	Количество	%
1 группа	Неинформативно	75	14,4
2 группа – доброкачественный узел	Коллоидный узел	340	65,1
	Тиреоидит Хашимото		
	Подострый тиреоидит		
3 группа	Фолликулярное поражение неопределенного значения		
4 группа	Фолликулярная неоплазия или подозрение на фолликулярную неоплазию	60	11,5
5 группа – подозрение на злокачественность	Подозрение на папиллярную карциному;	3	0,6
	Подозрение на медуллярную карциному;		
	Подозрение на метастазы в щитовидную железу		
	Подозрение на лимфому		
6 группа – злокачественная опухоль	Папиллярная карцинома	44	8,4
	Низкодифференцированная карцинома		
	Медуллярная карцинома		
	Анапластическая карцинома		
	Плосткоклеточная карцинома		
	Метастатическая карцинома		
	Лимфома		
Итого		522	100

Выводы. В регионе природного йододефицита многоузловой зоб является распространенным хирургическим заболеванием щитовидной железы и отличается гетерогенностью морфоструктуры. Наиболее частыми являются узловой коллоидный зоб, сочетание разных доброкачественных заболеваний ЩЖ, псевдоузловой АИТ, РЩЖ. Многофокусная многоканальная ТАБ позволяет улучшить дооперационную диагностику.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КОЖИ

К.М. Гаджимурадова – студентка 4 курса лечебного факультета
Кафедры патологической анатомии и кожных и венерических болезней
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г.Махачкала
Научные руководители - к.м.н., доц. Б.Г. Магомедгаджиев, к.м.н., доц. М.Д. Джумалиева

Резюме. В статье представлен анализ литературных данных по теме «актиномикоз кожи», а также два собственных наблюдения автора. В обзоре литературы указано, что одним из «двойных» агентов нормобиоты человека являются актиномицеты. В организме человека актиномицеты сапрофитируют на коже, в ротовой полости, зубном налете, лакунах миндалин, верхних дыхательных путях, бронхах, на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, влагалища, анальных складок. В возникновении и формировании актиномикотического процесса также существенную роль играют сопутствующие аэробные и анаэробные бактерии. В развитии заболевания выделяют три стадии: инфильтративную, абсцедирования и свищевую. В подавляющем большинстве поражение кожи при актиномикозе вторично – при этом появляется инфильтрат деревянистой плотности (патогномоничный признак). Клинические формы заболевания различают в зависимости от локализации: шейно-лицевая, торакальная, абдоминальная, генитальная и другие редкие формы. В обзоре литературы представлен рациональный подход к терапии кожного актиномикоза. В статье продемонстрирована больныя с челюстно-лицевой формой кожного актиномикоза. Девочка 11 лет длительное время проводила симптоматическое лечение у хирурга, без идентификации возбудителя и выставления клинического диагноза. Назначение ей оптимизированной специфической терапии (с актинолизатом) стаби-

лизировало процесс и способствовало рассасыванию инфильтратов. В то же время эффект от проводимого лечения у второго пациента - мужчины 22 лет, незначительный (сохраняется инфильтрат). Это, возможно, требует изучение чувствительности сопутствующей флоры к антибиотикам и повторения курсов актинолизата.

Ключевые слова: актиномикоз, случай из практики.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE ACTINOMYCOSIS OF THE SKIN

Gadzhimuradova K.M.

SBEIHPE «Dagestan State Medical Academy» MHRF, Makhachkala city, Russia

The article presents an analysis of literature about actinomycosis of skin, and there are also the author's own observations. The literature review shows that actinomycetins opportunistic microorganisms of human biocenosis/ In an human organism actinomycetins are found on skin, in oral cavity and plaque, in tonsils lacunae, in upper respiratory tract and bronchus, on mucous of gastrointestinal tract, vagina and rectal columns. An actinomycotic process is also caused by aerobic and anaerobic bacteria, and they play a big role in disease formation. There are three stages in the spread of the disease: infiltrative stage, abscess formation and fistulous stage. In most cases the skin damage arises after injure of organs and tissues, and the woody infiltration appears (pathognomonic sign). The clinical forms of the disease are distinguished depending on theis location: cervicofacial, thoracic, abdominal, genital and other rare forms. In the literature review there is a rational approach to therapy of skin actinomycosis. In one case, a 11-year-old girl had been getting a symptom control without identification of agent and setting a clinical diagnosis for a long time. An optimized specific therapy with actinolysate worked to stabilize the process and contributed absorption of infiltrates.

Key words: actinomycosis, case study.

Впервые посев возбудителя актиномикоза осуществил М.И.Афанасьев в 1888 году, а D. Bollinger дал ему название «актиномикоз». На коже человека в большом количестве находятся микроорганизмы, составляющие её биоценоз. Некоторые из них являются условнопатогенными и активизируются при определённых условиях, вызывая инфекционные заболевания. Так актиномицеты колонизируют в организме человека на коже, слизистых оболочках полости рта, желудочно-кишечного тракта, лёгких.

В процессе развития актиномикоза существенную роль играет сопутствующая анаэробная и аэробная флора, которая, выделяя ферменты (например, гиалуронидазу), разрушает соединительнотканные волокна и способствует распространению актиномицетов. Эти сопутствующие микроорганизмы вызывают гноеродные процессы в очаге поражения, существенно искажая клиническую картину заболевания. Проникновению возбудителей из окружающей среды способствует ряд экзогенных фактов: удаление зуба, нарушение целостности кожного покрова и слизистой оболочки. Эндогенному распространению способствует гематогенный, лимфогенный пути и контактный в местах соприкосновения.

В развитии заболевания отмечают три стадии: инфильтративную, абсцедирования и свищевую. Для первой стадии характерно образование гранулемы –актиномикомы, окруженной капсулой. В ее состав входят соединительно-рубцовые тяжи, лейкоциты, гигантские клетки. Образование абсцессов знаменует переход во вторую стадию, а вскрытие свища третью. Именно в двух последних стадиях можно идентифицировать возбудитель в форме нитей актиномицета – друзов. Поражение кожи при актиномикозе, как правило, вторично. Инфильтрат при этом имеет деревянистую плотность, синюшно-бордовый цвет. Эфлоресценции могут походить на коккцидоидоз кожи и язвенно-вегетирующую пиодермию. Первично-кожный актиномикоз манифестирует папулезным элементом в гиподерме, который прогрессирует по периферии, образуя бляшку деревянистой плотности. При первичном актиномикозе кожи пациент жалоб, как правило, не предъявляет, а при вторичном субъективные ощущения определяются основным очагом поражения.

Дифференциальную диагностику следует проводить с туберкулезной волчанкой, для которой патогномоничным является симптом «яблочного желе» при витропрессии. В обосновании диагноза актиномикоза должен присутствовать положительный результат микроскопического анализа, при котором обнаружены друзы возбудителя заболевания.

В терапию актиномикоза входит комплекс мероприятий: специфическая терапия актинолизатом, противовоспалительная, антибактериальная (направленная на сопутствующую флору), витаминотерапия и местные хирургические вмешательства. Курсы актинолизата проводят несколько раз с интервалом 30 дней, инъекции вводят два раза в неделю внутримышечно по 3 мл (на курс 20-25 процедур).

Приводим наши наблюдения.

1. Первый случай: мужчина Б., 22 лет, поступил с жалобами на слегка болезненное уплотнение в области шеи с левой стороны. Болеет в течение четырёх месяцев, когда обнаружил данное образование. Шесть месяцев назад перенёс перелом нижней челюсти с левой стороны. Пациент обратился в поликлиническое отделение РКВД. При микроскопии клинического материала из очага поражения, окрашенного по Граму, обнаружены нити актиномицетов. С диагнозом «актиномикоз кожи» больной госпитализирован в кожное отделение РКВД. Объективно: процесс локализован в левой подчелюстной области и представлен двумя вытянутыми лентовидными инфильтратами синюшно-красного цвета. Нижний из них вскрылся двумя свищевыми ходами с гнойным отделяемым.

Общее самочувствие пациента удовлетворительное.

Лабораторные исследования. Анализ крови: Нв 146 г/л, СОЭ 10 мм в час, Л $6,6x10^9$/л; Э $5,1x10^{12}$/л. Биохимическое исследование крови: АСТ 19 Е/л, АЛТ 20 Е/л, билирубин 16,4 мкмоль/л, тимоловая проба 2,4ЕД, глюкоза крови 5,2 ммоль/л, холестерин 5,0 мкмоль/л, СРБ отрицательный, билирубин общий 9,0 мкмоль/л. Антитела к ВИЧ не обнаружены.

Общий анализ мочи в пределах нормы. Произведён посев отделяемого на питательную среду. Микроскопия выросшей культуры, окрашенной по Граму, позволила идентифицировать нити актиномицетов.

Диагноз. Шейно-лицевая форма актиномикоза.

Лечение.

5% витамин B_6 по 1 мл внутримышечно, доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки, бисептол 960 мг (2 таб.) 3 раза в сутки, аскорутин 0,1мг 3 раза в сутки, актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю 20 инъекций, трентал по 0,1 г 3 раза в сутки, аутогемотерапия №8; наружно раствор фукорцина 2 раза в день.

После проведенного курса лечения не отмечается гнойного отделяемого в очаге поражения, однако инфильтрат сохраняется. Больному рекомендован перерыв в один месяц и повторный курс актинолизата внутримышечно 2 раза в неделю №20.

Второе наблюдение: больная Ш., 11 лет, поступила в ГБУ РД РКВД с жалобами на инфильтраты в области шеи, которые появились 6 месяцев назад. Через 2 месяца после появления экзантем обратилась к хирургу, который вскрыл и дренировал узлы, проводил антибиотикотерапию, наружно назначил ихтиоловую мазь. Однако улучшения не отмечалось, и пациентка была направлена в отделение детской хирургии ГБУ РД ДРКБ, откуда, после осмотра специалистами, больная перенаправлена к дерматологам.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное. Кожный процесс носит ограниченный характер с локализацией на коже шеи в виде линейных инфильтратов подчелюстной (слева и справа) и левой надключичной областей. Очаги синюшно-красного цвета плотной консистенции с гнойным отделяемым выступают над поверхностью кожи.

Анализ крови: Нв 121 г/л, СОЭ 15 мм в час, Л $6,7x10^9$/л; Э $4,5x10^{12}$/л. Биохимическое исследование крови: АСТ 15 Е/л, АЛТ 17 Е/л, тимоловая проба 2,4 ЕД, глюкоза крови 4,0ммоль/л, СРБ отрицательный, билирубин общий 9,0 мкмоль/л.

Общий анализ мочи в пределах нормы. В посеве отделяемого из свищевых ходов и последующей микроскопии окрашенного по Граму колонии выявлены нити актиномицетов.

На основании клинической картины, анамнеза, лабораторных исследований была диагностирована шейно-лицевая форма актиномикоза.

Больной была проведена терапия, которая оказала заметный положительный эффект: цефазолин в/м по 500000 ЕД 2 раза в день (№16), нистатин внутрь по 0,5 3 раза в день, супрастин по 1 таблетке 2 раза в день, актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю 20 инъекций; местно – смазывание раствором фукорцина, мазь «Левомеколь».

На фоне лечения выступающие участки запали до уровня кожи, отделяемого нет.

Мы описали проявление редкого дерматоза – актиномикоза, его челюстно-лицевой формы. В одном случае девочка 11 лет длительное время проводила симптоматическое лечение у хирурга, без идентификации возбудителя и выставления клинического диагноза. Назначение ей оптимизированной специфической терапии (с актинолизатом) стабилизировало процесс и способствовало рассасыванию инфильтратов. В то же время эффект от проводимого лечения у мужчины относительно незначительный (сохраняется инфильтрат), что, возможно, требует изучения чувствительности сопутствующей флоры к антибиотикам и повторно курс актинолизата.

Зафиксированные нами случаи кожного актиномикоза позволят врачам общей практики акцентировать внимание на этом заболевании, особенностях его клиники, а также своевременно идентифицировать глубокий микоз кожи и начать комплексную терапию.

Литература

1. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Г. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. М. Т. 1; 1999; 880 с.
2. Бурова С. А. Актиномикоз женских половых органов. //Лечащий врач. 2004;4.
3. Курбатова И.В., Плахотная Г.А. Нетипичный актиномикоз – микробиологические аспекты и клинические проявления. //Лечащий врач.2008;5.
4. Бурова С. А. Особенности лечения актиномикоза. //Лечащий врач. 2003;8.
5. Григорьев П.С. Учебник венерических и кожных болезней. Нпркомздрав СССР.М.-Л. 1938; 740 с.
6. Бурова С. А. Актиномикоз.//РМЖ. №3. 2001; 146-148.

THE OPPORTUNITIES OF THE ATOMIC FORCE MICROSCOPY DURING THE STUDY CELL MEMBRANE OF THE COLON CANCER

Pashayeva Esmira Ruslan - 601 b
Azerbaijan Medical University
National Aviation Academy

The relevance of research.

- In all regions of the colon - the cecum; ascending, transverse and descending from the hoop, S-shaped intestine and rectum can develop cancer.Colon cancer is coincided much lower sections than others.Cancer in all the different parts are called colorectal cancer. According to the World Cancer Society, colon cancer is found in 112.000 humans every year, and this makes up 15% of all cancers. The second leading cause of cancer-related deaths in the world is colon cancer.
- On average, 1 in 20 people, according to the diversity of individual risk factors can be found.
- 90% of cases are found among people aged 50 and above
- Currently, more than 1 million people with colon cancer live in the world.
- For detecting a number of factors involved overall cancers, including colon cancer,carried new researches out in laboratories. All aspects of the formation colon cancer problems,require that new and adequate treatment methods of detecting. Early diagnosis of cancer cells has importance that the using of new techniques.One of them is the Atomic Force Microscopy .
- The Atomic Force Microscopy,allows detection of nano-sized substances,since 1986. It has the ability to explore the level electronic microscopy. However, unlike electron microscope,it does not require a vacuum.And it also allows the study of living cells.
- At the Atomic Force Microscopy,cantilever allows to defect the surface of the cell. The forces between the probe tip and the examination object detect the surface relief of the cells.
- During colon cancer we must discover differential diagnosis cell membrane structure of cancer cells' and normal colon cells'. Therefore, after operative treatment, we have examined the material taken from the 5 patient with colon adenocarcinoma and 1 patient applied to other diseases.
- For this, from taken materials are made the cytology smear at the cover bottles,dried at the air and done microscopy without using any painting methods. Asylun/MFP/3DTM/Stand/Alone/AFM

- At the same time are carried the histological diagnosis of all materials and confirmed. Atomic Force Microscopy sequence studied that starting from little augmentation ,with the selection of a particular area to a larger augmentation.
- The information provided proves that,in the cell membrane of adenocarcinoma emerges holes as opposed to the normal colon membrane and these holes may be in different sizes and that connected with differentiation of adenocarcinoma.
- Thus, the Atomic Force Microscopy is not capable only of high-determination of objects, but also is important learning the local properties of the cells. It is possible to detect differential diagnostic criterias with expanding this area.

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И КАЧЕСТВО АПИПРЕПАРАТОВ

Д.М. Исаева - студентка 4 курса лечебного факльтета
Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научные руководители - д.м.н., проф. Ш.М. Омаров и к.м.н., доц. З.Ш.Магомедова

В настоящее время проблемам экологии и развития пчеловодства придается большое значение. Вырубка лесов, промышленный пресс, отходы сельскохозяйственного производства, развитие дорожной сети, вытеснение дикорастущих медоносов культурными растениями приводят к нарушению баланса в экосистемах, к изменению не только количественных, но и качественных характеристик медосборов. Пчелы охраняют природу путем опыления дикорастущих растений, и в рамках земных экосистем пчела находится в центре сложного узла биологических отношений. А сфера ее деятельности не только совпадает, но и обусловливает существование многих видов растений и животных, которые кормятся этими растениями — их зернами, ягодами, плодами, корнями.

Большое значение имеет анализ, а также контроль за действием на пчел вредных факторов среды, связанных, в первую очередь, с загрязнениями промышленными отходами (солями тяжелых металлов, онкогенными веществами и др.). Загрязнения предприятий и автомобильного транспорта представляют угрозу отравления токсическими веществами продуктов жизнедеятельности пчелиной семьи. Собирая с пораженных медоносов пыльцу, нектар, пчелы заражаются, и сами становятся опасным источником загрязнений производимых ими продуктов.

Исследования последних лет показывают, что пчелы и пчелопродукты способны избирательно накапливать некоторые металлы: ткани пчел и перга максимально аккумулируют кадмий и медь; ткани пчел и прополис — цинк; перга — никель; мед и воск — кобальт. Исследователи отмечают также, что в меде могут присутствовать мутагенные агенты, представляющие потенциальную генетическую опасность для человека. Способность пчел и продуктов пчеловодства аккумулировать вредоносные химические соединения позволяет их рассматривать как универсальные индикаторы состояния окружающей среды, в том числе и при анализе влияния загрязняющих веществ на расплод, имаго и др. Были предложены генетическая и цитотоксическая системы для выявления генотоксинных, потенциально канцерогенных и мутагенных агентов в продуктах пчелиной семьи.

В меде и пыльце обнаруживаются споры плесневых грибов, возбудители сальмонеллеза, дизентерии, кишечная палочка и др., поскольку пчелы слизывают сладкие выделения червецов, тли, листоблошки на листьях, посещают навозные кучи, открытые выгребные ямы в поисках органических веществ и недостающих им минеральных солей. Все это имеет важное санитарно-гигиеническое, в том числе для здоровья пчел, т. к. в некоторых странах наблюдалась даже их гибель. Важно учитывать накопление в продуктах пчеловодства токсических и субтоксических доз пестицидов и их метаболитов, удобрений, в том числе нитратов. Опасны для пчел свинец, цинк, графит, хлористый водород, соединения фосфора, формальдегид, наличие в сточных водах (все знают, что пчелы посещают их) различных химических соединений.

Отравления пчел промышленными выбросами стоят на втором месте после отравлений, обусловленных пестицидами. Из-за повышенного содержания фенолов дым от нефтеперерабатывающих предприятий в большинстве случаев делает непригодным откачанный мед.

Пчел нередко используют в качестве биологических индикаторов качества окружающей среды, в том числе для оценки, например, состояния воздушного бассейна городов и поселков в связи с быстрым ростом количества транспортных средств.

При этом определяются в нектаре медоносных растений различные химические вещества, в том числе и содержание токсикантов в меде, пыльце, перге, на теле и в тканях пчел-тружениц или зимующих пчел достаточно объективно отражает состояние окружающей среды особенно промышленных регионов. После аварии на Чернобыльской АЭС исследователей интересует степень загрязнения меда долго живущими радионуклидами и возможность применения такого меда.

Следует отметить круг элементов, отбираемых для исследования, охватывающий как, безусловно, токсичные – мышьяк, сурьма, торий, ртуть, так и элементы, которые необходимы для жи-

вых организмов. В соответствии с рекомендациями, разработанными Всемирной организацией здравоохранения и изложенными в докладе Комитета ВОЗ, это следующие 14 микроэлементов, необходимых живым организмам: железо, йод, медь, цинк, марганец, кобальт, молибден, хром, скандий, никель, олово, кремний, фтор, ванадий. Входящие в группу этих элементов хром и кобальт при повышенных концентрациях играют не положительную, а отрицательную роль.

Нами были проведены исследования по анализу микрофлоры в меде и пыльце – перге. При этом нами обнаружены микроорганизмы родов Bacillus, Salmonella, Echerichia, опасные для человека.

Традиционное отношение к продуктам пчеловодства, как к экологически чистым, биологически активным, определило приоритетность их среди как продуктов питания, так и исходного сырья для производства лекарственных препаратов. В то же время в условиях ухудшающейся экологической ситуации такая оценка продуктов пчеловодства должна претерпеть существенные изменения. Ряд авторов приводят сведения о загрязнении продуктов пчеловодства пестицидами и их метаболитами. Характеристика производства меда и других продуктов пчеловодства в зависимости от состояния экосистемы — важная социально-медицинская и биологическая проблема.

Исходя из того, что пестициды в меньших количествах применяются на территории горной зоны, там отмечается меньшее остаточное содержание их в продуктах пчеловодства. В горном меде обнаруживается меньше примесей, снижающих его качество. Учитывая массивное смешанное загрязнение диких и культурных медоносных растений химическими веществами, радионуклидами, необходимо изучить общие закономерности загрязнения медоносных растений с осадками, через почву и воду, а также миграции и накопления антропогенных радионуклидов в медоносных растениях и в готовой продукции. Это позволит прогнозировать качество продуктов пчеловодства, а чтобы обеспечить высокое качество продуктов пчеловодства, необходимо пасеки располагать более чем 300 м от автомобильных дорог с интенсивным движением транспорта, не содержать пчелиные семьи в крупных промышленных городах, вблизи крупных заводов и предприятий химической промышленности.

Как отмечают авторы монографии «Природы дар бесценный» П.И. Филиппов, А.Г. Бутов (1991), а также материалы О.Ф. Гробова, Н.И. Данилова, Макарова, (1989); Ш. Омарова, Хачирова и др., (1996), пчел можно использовать как биоиндикаторов качества окружающей среды, и на этой основе развивается новое направление — экологическая апилогия или апидология.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ КУПЫРЯ ЛЕСНОГО

[1] М.С. Бабаян, [2] В.Н. Леонова - к.ф.н., преподаватели

Кафедры фармакогнозии[1] и аналитической химии[2] Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ, г. Пятигорск

Актуальность темы. Купырь лесной довольно часто используется в народной медицине и в качестве пищевого растения, поэтому целесообразным является изучение его биологически активных веществ (БАВ). Довольно значимой группой БАВ многих лекарственных растений являются флавоноиды.

Цель исследования: изучение флавоноидов в траве купыря лесного.

Материалы и методы исследования. Определение флавоноидов проводили по фармакопейной методике, приведенной в частной статье, посвященной траве зверобоя, в ГФ XI, адаптированной для травы купыря лесного. Методом дифференциальной спектрофотометрии по реакции комплексообразования с алюминия хлоридом.

Результаты исследования. Измерение оптического светлопоглощения проводили на СФ-2000 (λ=394 нм) в кювете с толщиной рабочего слоя 10 мм (рис. 1).

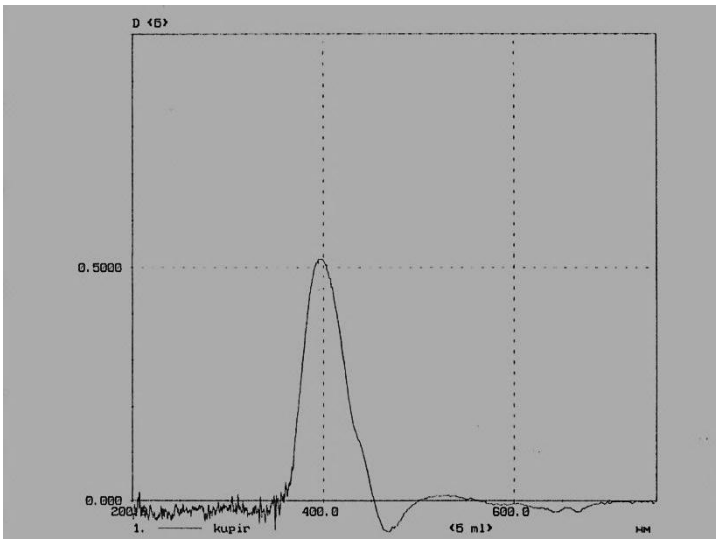


Рисунок 1 – Дифференциальный спектр поглощения продуктов взаимодействия флавоноидов из травы купыря лесного с алюминия хлоридом

Расчет количества флавоноидов в пересчете на лютеолин в абсолютно сухом сырье проводили с использованием удельного коэффициента светопоглощения ($A_{1\,см}^{1\%}$=549,41). Содержание флавоноидов в пересчете на лютеолин составило 0,57%.

Специфичность. Дифференциальный спектр комплекса суммы флавоноидов травы купыря лесного с алюминия хлоридом по положению максимума светопоглощения близок к дифференциальному спектру комплекса лютеолина (рис. 1). Эта область спектра достаточно далека от спектров поглощения других групп фенольных соединений, содержащихся в извлечениях из растительного сырья. Использование в качестве раствора сравнения испытуемого раствора без добавления алюминия хлорида значительно повышает избирательность определения, позволяет выделить полосу поглощения комплекса суммы флавоноидов с алюминия хлоридом.

Определение линейности методики

Таблица 1

При определении линейности разработанной методики количественного определения суммы флавоноидов в 70%-м извлечении травы купыря лесного ($A_{1\,см}^{1\%}$=549,41; влажность 12,63%)

Содержание флавоноидов (по отношению декларированному содержанию), %	Показания прибора $A_{x\ средн.}$ **(*y*)**	Реальное содержание суммы флавоноидов, % **(*x*)**
60	0,408	0,424
80	0,499	0,518
100	0,555	0,577
120	0,585	0,609
140	0,620	0,645

Для оценки линейности рассчитывали уравнение регрессии и коэффициент корреляции (рис.2).

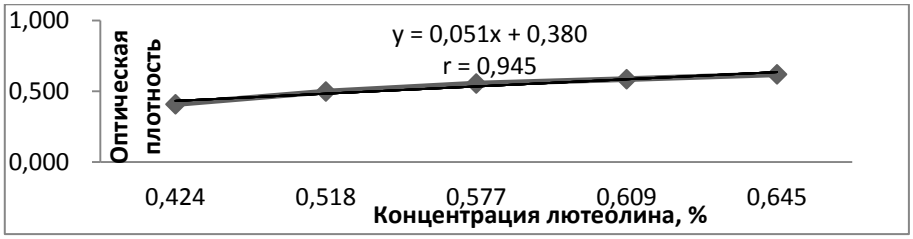


Рис. 2. Зависимость оптического поглощения (А) от содержания (Х, %) суммы флавоноидов в 70%-м извлечении травы купыря лесного.

Значение коэффициента корреляции стремится к 1, то есть имеется линейная зависимость

методики количественного определения содержания суммы флавоноидов в 70%-ном извлечении травы купыря лесного методом дифференциальной спектрофотометрии.

Определение прецизионности (воспроизводимости) и правильности методики

Прецизионность методики определяли путем взятия 6 точных навесок травы купыря лесного и определения содержания суммы флавоноидов по разработанной методике. Результаты количественного определения суммы флавоноидов в 70%-ном извлечении травы купыря лесного методом дифференциальной спектрофотометрии приведены в таблице 2.

Таблица 2

№ п/п	Навеска, г	A_x	Содержание суммы флавоноидов, %	Метрологические характеристики
1	0,501	0,558	0,58	$\overline{X}$ = 0,57% S = 0,0133 $S_{\overline{X}}$ = 0,0054 ΔX = 0,0140 E = ±2,45%
	0,500	0,552	0,58	
	0,496	0,530	0,56	
	0,490	0,521	0,55	
	0,494	0,526	0,56	
	0,505	0,562	0,58	

Результаты определения критерия прецизионности методики дифференциальной спектрофотометрии при определении количественного содержания суммы флавоноидов в траве купыря лесного ($A^{1\%}_{1\ см}$=549,41; B=12,63%)

Из полученных данных следует, что относительная ошибка (E, %) составляет 2,45%, что свидетельствует о воспроизводимости данной методики.

Для определения правильности разработанной методики из 70%-ного извлечения готовили разведения 1:0,5; 1:1; 1:1,5. На каждом уровне концентраций рассчитывали открываемость (R, %).

Результаты эксперимента приведены в таблице 3.

Таблица 3

При оценке правильности методики количественного определения содержания суммы флавоноидов в траве купыря лесного

№ п/п	Уровень	Разведение модельной смеси	Расчетное содержание суммы флавоноидов, %	Найденное содержание суммы флавоноидов, %	Открываемость R, %	Метрологические характеристики
1	I	1:0,5	0,29	0,252	86,90	$\overline{X}$=90,63% SD=1,3838 RSD=1,53
2		1:0,5	0,29	0,249	85,86	
3		1:0,5	0,29	0,251	86,55	
4	II	1:1	0,57	0,551	96,67	
5		1:1	0,57	0,541	94,91	
6		1:1	0,57	0,546	95,79	
7	III	1:1,5	0,86	0,774	90,00	
8		1:1,5	0,86	0,768	89,30	
9		1:1,5	0,86	0,771	89,65	

Из таблицы 3 следует, что все три уровня концентраций имеют сопоставимые результаты при относительном стандартном отклонении (RSD) 1,53%.

Выводы. Таким образом, разработанная дифференциальная спектрофотометрическая методика имеет линейный характер и является правильной и прецизионной. Поэтому она может быть включена в нормативную документацию на траву купыря лесного.

Литература

1. Андреева, В.Ю. и др. Разработка методики количественного определения флавоноидов в манжетке обыкновенной Alchemilla vulgaris L.S.L. // Химия растительного сырья. 2000. №1. С. 85-88.
2. Арзамасцев А.П. и др. Проект ОФС «Валидация фармакопейных методов» Ведомости научного центра экспертизы и гос. контроля лек. средств. 2002. №1. С. 28 – 30.
3. Северцева О.В. Валидация аналитических методов контроля качества таблеток экстракта из листьев боярышника. Проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения: Материалы 6 Междунар. съезда. СПб, 2002. С. 294 – 299.

PHARMACOGNOSTIC STUDY OF LAGONYCHIUM FARCTUM B

Valida Nasibli - author
Scientific adviser: Yusif Kerimov
Valida_@bk.ru
Department of Pharmacognosy and botany, Faculty of Pharmacy,
Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Introduction. The study and practical use of medicinal plants is gaining increasing importance. It is explained by the fact that modern synthetic drugs can cause serious side effects and complications. As a result there is a necessity of identification and study of new sources of plant origin raw materials and creation effective medicines based on them. We set a goal to explore and reveal the presence of biologically active substances in the over ground part of Lagonychium farctum.

Materials and methods. Leaves and stem of L. farctum was the object of the study. They were picked from the surrounding area of Baku and desiccated. The extraction of plant raw materials. Qualitative reactions to various biologically active substances. Different methods of chromatography, microscopic and macroscopic analysis were used. Also antimicrobial and antifungal activity is studied.

Results. As a result of phytochemical analysis we have established the presence of flavonoids and tannins. We have revealed the presence of two substances flavonoid nature in the ethyl acetate fraction, and four substances – in butanol fraction (paper chromatography). Moreover we were able to get one individual substance during the study of flavonoids. As a result of the research of morphological and anatomical structure types of stomata, the location of the tissues in the leaf's mesophyll and elements of the epidermis were set.

Conclusions. Analysis of scientific literature and our preliminary results showed that Lagonychium farctum growing on the territory of Azerbaijan is interesting for detailed pharmacognostic study.

ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАВЫ МЕЛИССЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.А. Нигарян - студент
Кафедра фармакогнозии Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, г. Пятигорск
Научный руководитель - к.фарм. н., преподаватель А.С.Никитина

Актуальность. Мели́сса лека́рственная (лат. Melissa officinalis L.) — многолетнее эфиромасличное травянистое растение семейства Яснотковые (Lamiaceae). Многолетнее травянистое растение высотой 30-120 см. Это одно из наиболее популярных лекарственных и эфиромасличных растений в традиционной медицине Европы. В надземной части растения содержится эфирное масло, состоящее из более чем 200 соединений. Наиболее характерными компонентами эфирного масла являются монотерпены – цитраль, гераниол, нерол, цитронеллол, цитронеллаль. Эфирное масло мелиссы содержит также линалоол, геранилацетат, мирцен, пара-цимол, β-кариофилленоксид, β-кариофиллен. Вторая группа биологически активных соединений - фенилпропаноиды, среди которых наиболее характерной является розмариновая кислота. Фенилпропаноиды представлены также кофейной, хлорогеновой, пара-кумаровой, феруловой и синаповой кислотами. Идентифицированы флавоноиды

– апигенин, космосиин, лютеолин, цинарозид, а также рамноцитрин и изокверцитрин, рамназин. Кроме того, в сырье содержатся фенолкарбоновые кислоты – гентизиновая, салициловая, п-гидроксибензойная, ванилиновая, сиреневая, протокатеховая кислоты, а также дубильные вещества и кумарины. Среди стеринов в растении обнаружен даукостерин, а из сапонинов — урсоловая кислота. Витамины представлены следующими соединениями: В1, В2, С, β-каротин. В растении накапливаются макроэлементы (калий, кальций, магний, железо) и микроэлементы (марганец, медь, цинк, молибден, хром, селен, никель, ванадий) [3].

По данным научной литературы, трава мелиссы лекарственной применяется как седативное средство, обладающее антиоксидантной активностью, а также оказывает антидепрессорное, спазмолитическое, противовирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, антиаллергическое действие. Выраженная противовирусная и противомикробная активность обусловлена присутствием в растении производных кофейной кислоты, в том числе розмариновой кислоты. Согласно проведенным исследованиям, экстракт мелиссы лекарственной заметно ускоряет время заживления язв вирусного герпеса в области рта, а также показывает способность блокировать распространение вирусов [2, 3]. Эфирное масло из листьев входит в состав бальзама и линимента «Санитас», обладающих успокаивающим действием. Растение рекомендуют как противорвотное для беременных, мочегонное и повышающее аппетит средство. Препараты на основе мелиссы «Ново-пассит», «Персен», «Нервофлукс» и др. Рекомендуются при мигрени, бессоннице, болезненных менструациях, кожных сыпях. Наружно траву мелиссы лекарственной применяют в виде припарок и компрессов для лечения фурункулов и полоскания при воспалении дёсен. На основе экстракта из травы мелиссы лекарственной разработаны зубные пасты и ополаскиватели для ротовой полости PresiDENT Classic (Италия) и Benecos (Германия), оказывающие ранозаживляющее, антимикробное и дезодорирующее действия [5].

Цель исследования: проведение фитохимического изучения травы мелиссы лекарственной, интродуцированной в Никитском ботаническом саду (Р. Крым, г. Ялта), получение эфирного масла и экстракта из травы мелиссы для разработки технологии стоматологических профилактических пленок на их основе.

Материал и методы исследования. Материалом исследования была трава мелиссы лекарственной, заготовленная в июле 2016 года в период цветения растения в Никитском ботаническом саду (Р. Крым, г. Ялта). Получение эфирного масла из сырья проводили методом гидродистилляции, жидкий экстракт из исследуемого сырья получали методом перколяции. Качественные реакции на присутствие в сырье и экстракте фенольных соединений проводили общепринятыми методиками [1, 2, 4].

Результаты исследования. Методом гидродистилляции установлено, что содержание эфирного масла в траве мелиссы лекарственной достигает 0,2% [4]. Методом перколяции из травы мелиссы лекарственной получен экстракт в соотношении 1:1, экстрагент – спирт этиловый 70%. Проведены качественные реакции на присутствие фенольных соединений в сырье и в полученном экстракте. Реакции с хлоридом алюминия и ацетатом свинца оказались положительными, что свидетельствует о наличии флавоноидов в сырье и жидком экстракте. Положительная реакция с железоаммониевыми квасцами доказывает присутствие дубильных веществ в сырье и жидком экстракте [1].

Выводы. Таким образом, из травы мелиссы лекарственной нами получено эфирное масло и жидкий экстракт. Установлено присутствие в исследуемом сырье флавоноидов и дубильных веществ. На основе эфирного масла и жидкого экстракта будут получены стоматологические пленки, изучено их антимикробное и противовоспалительное действие.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея СССР: в 2-х вып.11 изд. доп. М.: Медицина, 1987; 1990. 2 вып.

2. Куркин В. А., Запесочная Г. Г., Авдеева Е. В., Болтабекова З.В. // Раст. ресурсы. 1999. Т. 35. Вып. 3. С. 116–120.

3. Монарда дудчатая. URL: http://www.real-aroma.ru/Fedotov/monarda/monarda.htm.

4. ОФС.1.5.3.0010.15. Государственная фармакопея РФ. - 13-е издание, т.2., 2015. URL: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/pharmacopoeia_2/HTML/#434/z.

5. Протокол клинических исследований зубной пасты «Президент». URL: http://www.president.ru/view/583..

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПЛЕНКИ С ЭКСТРАКТОМ ЛИСТЬЕВ ДУБА ОБЫКНОВЕНОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

А.В. Литвиненко – студентка 5 курса

Кафедра фармакогнозии Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, г. Пятигорск

Научный руководитель - к.фарм. н., преподаватель И.В. Попов

Актуальность. Лекарственные пленки представляют собой твердые, эластичные пластинки различной формы и толщины, изготовленные из веществ синтетического или биологического происхождения, которые в своем составе имеют лекарственные вещества и предназначены для наружного применения. Будучи помещенными на слизистые оболочки полости рта, глаз, влагалища, прямой кишки в зону патологии или максимально близкой к ней, могут обеспечить направленное действие лекарственных веществ. Благодаря этому можно достичь терапевтического эффекта малыми дозами лекарственных веществ (порядка 1/10 обычной средней разовой терапевтической дозы), а следовательно, снизить вероятность или интенсивность проявления токсического и побочного действия лекарственных веществ и других нежелательных последствий [1].

Заболевание пародонта воспалительного типа – актуальная стоматологическая проблема социального значения среди населения различных возрастных групп. Сложность лечения болезней полости рта заключается в том, что самые простые поражения слизистой оболочки и пародонта могут трансформироваться в значительно более тяжелые клинические формы заболевания, ход которых часто сопровождается длительными периодами ремиссии и обострений, часто с нарушениями функции зубочелюстной системы, резорбцией костных тканей и повреждением удерживающего аппарата зубов [2].

Цель исследования: Разработка состава, технологии и анализа стоматологических лекарственных пленок (СЛП) противовоспалительного и антимикробного действия, в состав которых включен экстракт листьев дуба обыкновенного в концентрации 5%.

Материал и методы исследования. Для исследований были заготовлены листья дуба обыкновенного (Quercus robur L.), произрастающего в окрестностях горы Машук, г. Пятигорска в фазу полного формирования листовой пластинки в июле 2016 года.

Были получены водные и спиртовые извлечения из листьев дуба для дальнейших фитохимических исследований, которые были необходимы для обоснования возможности использования извлечений из листьев дуба в стоматологической практике [3].

Фитохимические исследования включали следующие этапы.

Проведение качественных реакций на присутствие фенольных соединений в сырье. Реакции с хлоридом железа, ацетатом свинца оказались положительными, что свидетельствовало о наличии фенольных соединений в сырье. Также реакцией с железоаммониевыми квасцами доказано присутствие дубильных веществ и их природа. Окрашивание анализируемого раствора в синий цвет означает, что дубильные вещества являются гидролизуемыми (галлотанины) [4].

Количественное определение дубильных веществ проводили титриметрическим методом, в соответствии с ГФ XIII «Определение дубильных веществ». Титрование осуществлялось раствором калия перманганата в присутствии внутреннего индикатора индигосульфокислоты, до соломенно-желтого окрашивания раствора [5].

Также в извлечении было подтверждено наличие аскорбиновой кислоты реакциями восстановления метиленовой сини, 2,6-дихлорфенолиндофенола, гексацианоферрата (III) калия и проведено ее количественное определение, основанное на восстановлении 2,6-дихлорфенолиндофенола в соответствии с ГФ XIII.

Кроме того, методом бумажной хроматографии в присутствии стандартных образцов подтвердили присутствие органических кислот в извлечениях из листьев дуба. Количественное определение свободных органических кислот проводили титриметрическим методом, в соответствии с ГФ XIII, основанном на их нейтрализации.

После проведенных фитохимических исследований приступили непосредственно к разработке пленок, включающих извлечения из листьев дуба.

Экспериментальные исследования включали подбор оптимального экстрагента при получении густого экстракта из растительного сырья, выбор полимеров для матриц-носителей ле-

карственных веществ в СЛП. Стандартизацию полученного экстракта проводили по требованиям ГФ XIII. Основные действующие вещества (полифенольные соединения) определяли методом перманганатометрического титрования.

Были изучены пленкообразователи: метилцеллюлоза (МЦ), натрий-карбоксиметилцеллюлоза (Na-КМЦ), поливиниловый спирт (ПВС) и их сочетания друг с другом. В качестве пластификатора использовали глицерин и полиэтиленоксид-400 (ПЭО-400).

Стоматологические лекарственные пленки получали методом полива пленочной массы на стеклянную подложку. Всего было получено 12 композиций. Содержание экстракта листьев дуба в 100,0 г пленочной массы составило 5%.

Отбор оптимального состава пленочной массы осуществляли по критериям: удовлетворительный внешний вид – прозрачность, эластичность, однородность, отсутствие микротрещин и разрывов в пленках.

Выбор оптимальной композиции матрицы далее осуществляли методом диализа через полупроницаемую мембрану. Критерием оценки служило количество высвободившегося экстракта листьев дуба через определенный интервал наблюдения. Содержание дубильных веществ определяли методом перманганатометрического титрования. Были изучены функциональные свойства СЛП с оптимальной матрицей-носителем: внешний вид, толщина, время растворения, pH водного раствора, остаточная влажность, механическая прочность на разрыв.

Результаты исследования. Содержание биологически активных веществ в листьях дуба (в пересчете на сухое сырье) составило: дубильные вещества – 11,8%; аскорбиновая кислота – 0,05%, свободные органические кислоты – 4,3%.

В качестве оптимального экстрагента при получении густого экстракта из листьев дуба выбрана вода очищенная .

Результаты проведенных биотехнологических исследований показали, что оптимальной полимерной композицией, позволяющей высвобождаться за 50 минут наблюдения свыше 50% дубильных веществ, является гель метилцеллюлозы, пластификатор – 2,5% глицерин.

Идентификацию компонентов экстракта листьев дуба в полученных стоматологических лекарственных пленках проводили путем растворения навески пленки в воде и проведения химических реакций с железа (III) хлоридом.

Вывод. Таким образом, на основании технологических исследований разработан состав биорастворимых стоматологических лекарственных пленок с густым экстрактом из листьев дуба обыкновенного.

Литература:

1. Алексеев К.В., Кедик С.А., Блынская Е.В. и др. Фармацевтическая технология. Твердые лекарственные формы: Учебное пособие / Под ред. С.А. Кедика. М.; 2011. 662 с.

2. Дмитриева Л.А Пародонтит. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 504 с.

3. Тимофеева А.Г., Попов И.В. Определение подлинности сбора «Фитонефрол плюс» Актуальные проблемы развития науки, экономики, образования России в современном мире: Материалы международной научно-практической конференции. Сер. «Научный вестник»./ Ответственный редактор В.А. Очман 2015. С. 105-107.

4. Попов И.В. Разработка и стандартизация лекарственных форм кровохлёбки лекарственной для лечения желудочно-кишечных заболеваний: Автореф. дис… канд. фармац. наук. Пятигорск, 2003. 24 с.

5. Государственная фармакопея РФ XIII издания. Т. II. М. 2015.
URL: http: // 193. 232. 7. 120 /feml/clinical_ref/pharmacopoea_2/HTML#408

БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ДЕЙСТВИИ НИКОТИНА

С.Э. Нагиева, Ф.Э. Исмаилова - ассистенты
Кафедры стоматологии детского возраста
и детских болезней лечебного факультета
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - д.м.н., проф. Э.Р.Нагиев

Актуальность. Ротовая жидкость обеспечивает нормальное функциональное состояние зубов и слизистой оболочки полости рта. Слюна играет защитную роль по отношению к зубам и слизистой оболочке полости рта. Очищает полость рта от остатков пищи, зубного налета, нейтрализует кислоты и щелочи, вырабатываемые бактериями зубного налета. Кроме того, слюна оказывает антибактериальное и противогрибковое действие, растворяет и вымывает сахар из окружающих зуб участков рта, обеспечивает поступление неорганических ионов, необходимых для минерализации начального кариозного повреждения.

Следует отметить, что с возрастом секреция слюны понижается, а это оказывает неблагоприятное воздействие на ткани полости рта. В ротовой полости слюна перемещается в виде очень тонкого слоя (толщина около 0,1 мм), окружая зубы и ткани полости рта.

За счет постоянного насыщения компонентами слюны растворимость эмали с возрастом понижается, что обеспечивает более сильную резистентность к кариесу.

Поверхностный слой эмали отличается от глубоких слоев большей минерализацией, плотностью, микротвердостью, резистентностью к кариесу, более высоким содержанием микроэлементов, в том числе и фторида.

Многочисленные исследования свидетельствуют, что в развитии кариеса зубов важны три группы факторов – зубной налет, углеводы пищи, резистентность эмали зубов, причем основным из них является зубной налет [1].

Начальное поражение кариесом возникает в местах, где создаются условия для накопления зубного налета, а никотин – одна из главных причин зубного налета.

Таким образом, никотин и другие агрессивные факторы окружающей среды оказывают особо отрицательное действие на состав и свойства ротовой жидкости, и естественно, на механизмы развития кариеса, что и определило цель и задачи настоящей работы.

Цель исследования. Оценка активности ферментов ротовой жидкости - кислой и щелочной фосфатазы при воздействии никотина. Эти ферменты, отщепляя неорганический фосфат от фосфорорганических соединений, участвуют в фосфорно-кальциевом обмене, тем самым выполняя существенную роль в процессах минерализации эмали и других твердых тканей зуба.

Материал и методы исследования. При выполнении настоящей работы были обследованы 60 человек, разделенных на 4 группы. В исследованиях принимали участие студенты (юноши и девушки) первого и второго курсов Кубанского государственного медицинского университета и Дагестанского государственного медицинского университета, средний возраст которых составлял 16 – 18 лет.

Первую группу составили курящие юноши, вторую– курящие девушки. Для каждой группы использовали свой контроль, состоящий из некурящих студентов соответствующего пола (контрольные группы).

Взятие образцов ротовой жидкости у пациентов осуществлялось во время максимальной секреции слюны в утренние часы (с 10 до 11 часов утра) или через 1,5 часа после приема пищи. За один час перед взятием ротовой жидкости пациентом осуществлялось полоскание рта кипяченой водой. Перед сбором ротовой жидкости у контрольной группы исключали факторы, влияющие на секрецию слюнных желез (физические нагрузки, эмоциональный стресс и т.д.). Ротовую жидкость собирали в градуированные пластиковые пробирки методом сплевывания в течение 10 минут. Объем секретируемой ротовой жидкости определяли в мл. Полученную ротовую жидкость центрифугировали при 3000 об.мин в течение 15 мин. Для дальнейшего исследования использовали супернатант или надосадочная жидкость.

Определение активности щелочной фосфатазы (ЩФ) и кислой фосфатазы (КФ) в ротовой жидкости проводили унифицированными методами с использованием в качестве субстрата р-нитрофенилфосфат [2] и выражали в условных единицах (усл. ед.). Полученные результаты подвергались статистической обработке с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, значение коэффициента ЩФ/КФ у I группы составило 3,05±0,09 усл. ед., что было на 35,9% ($p<0,05$) ниже по сравнению с результатами, полученными в контрольной группе. У исследуемых II группы значение коэффициента ЩФ/КФ было на 63,4% ($p<0,01$) ниже по сравнению с данными в контрольной группе и на 43,0% ниже ($p<0,001$) по сравнению с данными, полученными в I испытуемой группе.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что под воздействием никотина существенно повышается активность кислой и снижается активность щелочной фосфатазы. Это способствует нарушению минерализации зубов, поскольку кислая фосфатаза резко снижает резистентность твердых тканей и провоцирует развитие кариеса.

Таким образом, в ротовой жидкости исследуемых подростков под влиянием никотина активно протекают процессы, направленные на дестабилизацию мицелл фосфата кальция и на превращение смешанной слюны из минерализующей жидкости в деминерализующую, причем у девушек это выражено более резко. Проведенные исследования подтверждают известный факт, что никотин представляет собой весьма агрессивный яд, способствующий нарушению активности ферментов ротовой жидкости [3].

Анализ полученных результатов позволяет заключить, что у курящих молодых людей в ротовой жидкости биохимические изменения ферментативного спектра наиболее существенны и более резко выражены. Полученные результаты с использованием лабораторных методов исследования свидетельствуют о диагностической ценности и информативности оценки состояния здоровья курящих молодых людей по биохимическим показателям ротовой жидкости, что раскрывает широкие возможности для неинвазивной диагностики в стоматологии.

Сравнение, сопоставление и анализ полученных результатов позволяют сделать полезные выводы для органов здравоохранения и образования в плане выработки тактики и стратегии при работе с молодежью и молодежными организациями. Результаты работы могут быть использованы в целях профилактики и борьбы с курением и другими негативными проявлениями в молодежной среде.

Выводы

1. В ротовой жидкости исследуемых подростков под влиянием никотина активно протекают процессы трансформации смешанной слюны из минерализующей жидкости в деминерализующую, что резко повышает риск развития кариеса.
2. Установлено, что у девушек наблюдаемые изменения выражены более резко, по сравнению с юношами.
3. Повышение активности кислой фосфатазы резко снижает резистентность твердых тканей зубов и провоцирует развитие кариеса.

Литература

1. Елизарова В. М. Детская терапевтическая стоматология: Учебник в трех частях, 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР – Медиа,2016. - Ч. 1. 312 с.

2. Нагиева С.Э., Нагиев Э.Р. Биохимия тканей полости рта (Рекомендовано УМО РФ по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России). Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2009. 148 с.

3. Детская стоматология/ Под редакцией Ричарда Веллбери, Монти С.Даггала. группа. М. ГЭОТАР-МЕДИА: 2014. 455 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Т.С. Раджабов – студент 2 курса лечебного факультета

Кафедра общей и биологической химии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители – д.м.н., проф. Э. Р. Нагиев, к.х.н. З.М. Магомедова

Актуальность. Сложная многокомпонентная антиоксидантная система (АОС) обеспечивает связь и модификацию радикалов, предупреждение образования или разрушение перекисей. Дисбаланс естественной АОС увеличивает риск развития опасных заболеваний, провоцируют атеросклероз, развитие рака. Одним из лучших способов укрепления АОС защиты организма является использование в пищу экзогенных антиоксидантов. Наиболее эффективными антиоксидантами являются группа веществ под названием биофлавоноиды. Это не просто антиокислители – биофлавоноиды помогают снизить уровень «плохого» холестерина в крови и значительно снижают шанс образования тромбов, уменьшают хрупкость суставов и их проницаемость, повышают эффективность витамина С, активность которого в присутствии биофлавоноидов возрастает почти в 20 раз. Биофлавоноиды считаются настолько важными для здоровья, что ученые присвоили им статус витамина Р. Витамин Р не синтезируются в организме человека или синтезируется кишечной флорой и тканями в количествах, недостаточных для его полного обеспечения. Таким образом, для человека он являются жизненно необходимым компонентом сбалансированного питания.

Цель исследования: определение содержания витамина Р в лекарственных растениях, произрастающих в разных районах Дагестана в зависимости от климатических условий и мест произрастания: . Шамильский район (с.Тлянуб), Ахтынский район (с.Луткун), Кайтагский район (с. Хадаги), Казбековский район (с. Дылым).

Материал и методы исследований: Объектами исследований являлись травы, употребляемые как чай, и травы, употребляемые в пищу: тмин, мята, клевер, крапива, тысячелистник, пастушья сумка, мокрица и щавель конский. Для исследования второй группы мы брали свежие растения, а для первой – высушенные. Количественные определения биологически активных соединений в объектах исследований проводились в научной лаборатории кафедры общей и биологической химии.

Результаты исследования и их обсуждение. Из литературы известно, что значительное количество биофлавоноидов содержится в таких напитках, как чай, кофе. Поэтому в начале исследования мы определили для сравнения содержание витамина Р в некоторых сортах чая.

Из результатов исследования, представленных в таблице 1, видно, что все исследуемые сорта чая содержат в небольших количествах рутин. Как видно, зеленые сорта чая содержат витамин Р больше, чем черные. Наибольшее количество содержится в зеленом чае сорта Greenfield - 0,18%, а наименьшее количество в черном чае сорта Ahmad Tea – 0,102%.

Таблица 1.

Название чая	Процентное Содержание витамина Р	Название чая	Процентное содержание витамина Р
Ahmad Tea (черный)	0, 102	Ahmad Tea (зеленый)	0,15
Greenfield (черный)	0,12	Greenfield (зеленый)	0,18

Для установления зависимости содержания рутина от мест произрастания, нами были исследованы растения, произрастающие в Шамильском, Ахтынском, Кайтагском и Казбековском районах. Известно, что содержание рутина меняется в зависимости от мест произрастания [7].

Исследования содержания витамина Р в дикорастущих травах представлены в виде таблицы и диаграмм.

Таблица 2.

Содержание витамина Р в травах (в % на 100 мг сухого вещества)

Трава, употребляемая как чай	Рутин, в %	Трава, употребляемая в пищу	Рутин, в %
Тмин	0, 14	**Крапива**	0,30
Тысячелистник	0,18	**Пастушья сумка**	0,55
Клевер	0,33	**Конский щавель**	0,42
Мята	0,5	**Мокрица**	**0,68**

Диаграмма1

Трава, употребляемая как чай

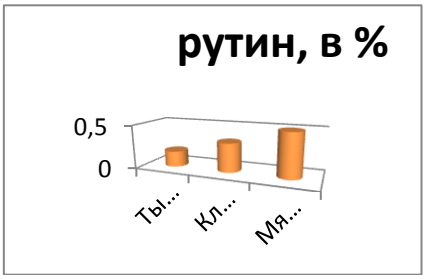


Диаграмма 2.

Трава, употребляемая в пищу

Из результатов исследования видно, что в некоторых дикорастущих растениях содержание витамина Р превышает его содержание в чае в несколько раз.

Таким образом, наибольшее количество витамина Р содержится в растениях, употребляемых в пищу.

Наибольшим количеством рутина обладает конский щавель, собранный в с.Тлянуб Шамильского района. Это, очевидно, объясняется высотой места произрастания (высокогорный район) и более низкой температурой, что, по-видимому, благоприятно влияет на популяцию конского щавеля.

Высокое содержание витамина Р в высокогорных районах можно объяснить тем, что даже относительно непродолжительное время действия низких температур повышает устойчивость растений к стрессам за счет активации в них флавоноидного биосинтеза в этих растениях. Возможно, в результате адаптации растений к пониженной температуре происходит также усиление экспрессии генов, ответственных за синтез ферментов флавоноидного метаболизма.

Таблица 3

Сравнительное содержание рутина в лекарственных травах (в % на 100 мг сухого вещества)

Район сбора / **растение**	**высота над уровнем моря**	**Тмин**	**Тысячелистник**	**Крапива**	**мокрица**	**Мята**	**Клевер**	**Пастушья сумка**	**Конский щавель**
Шамильский (с.Тлянуб)	1638 м	0,15	0,17	0,31	0,60	0,5	0,25	0,25	0,62
Ахтынский (с.Луткун)	1100 м	0, 14	0,19	0,33	0,72	0,4	0,28	0,80	0,27
Кайтагский (с.Хадаги)	510 м	0, 12	0,18	0,28	0,68	0,6	0,38	0,65	0,46
Казбековский (с.Дылым)	567 м	0,09	0,2	0,19	0,66	0,8	0,33	0,56	0,40

Диаграмма 3

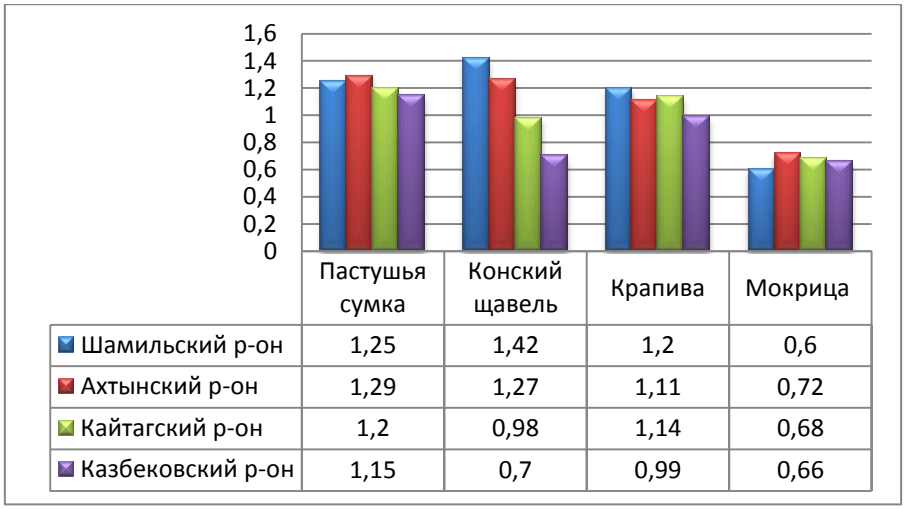
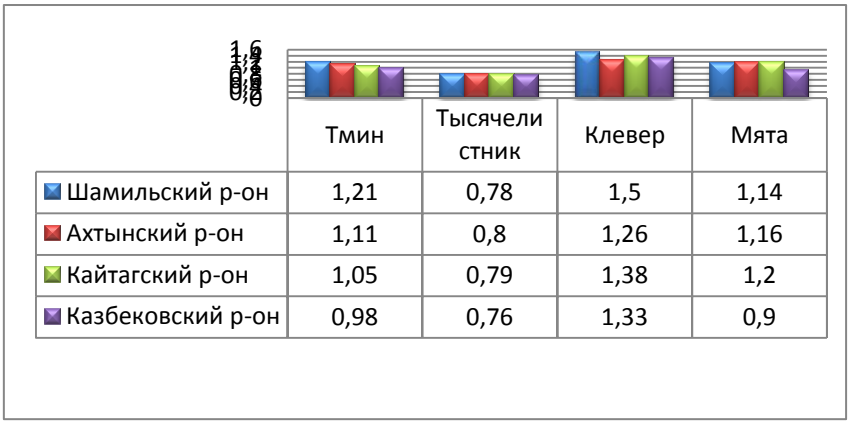


Диаграмма 4



Для выяснения закономерностей накопления рутина в течение вегетационного периода и сезонного развития растения мы проанализировали его содержание в мокрице по фазам вегетации: начальный период вегетации, массового цветения и конца цветения (табл. 4).

Было установлено, что в начале вегетационного периода содержание флавоноидов достигает максимума – 0,68 %, в фазы цветения – несколько снижается, а затем, в начале плодоношения, опять повышается – 0,66 %.

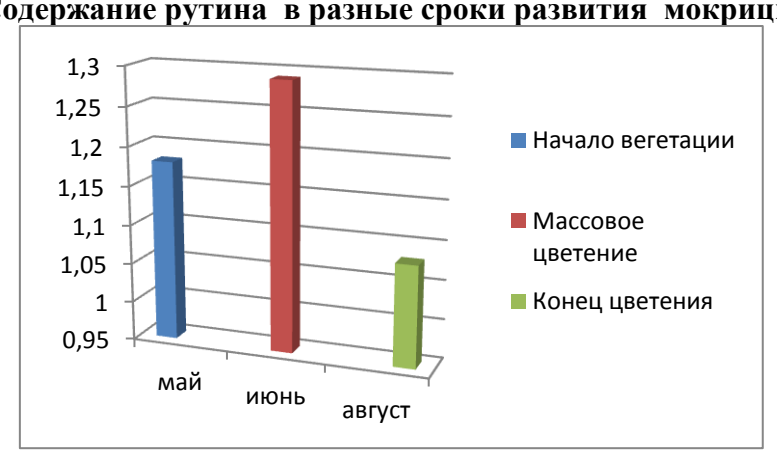
Таблица 4

Сезонное накопление рутина в мокрице

Фазы развития	**Содержание рутина в % на 100 г**
Начало вегетации (начало июня)	0,68
Массовое цветение (август)	0,60
Конец цветения (сентябрь)	0,66

Диаграмма 5

Содержание рутина в разные сроки развития мокрицы.



Выводы

1. Все исследуемые растения содержат флавоноиды и их содержание зависит от мест произрастания.

2. В исследуемых растениях витамина Р содержится больше, чем в некоторых сортах чая.

3. Наибольшее содержание рутина в растениях, собранных в Шамильском и Ахтынском районах.

4. Установлена зависимость между содержанием флавоноидов и фазами развития растения: наибольшее количество флавоноидов накапливается в фазу начала вегетации, которое и является рациональным сроком сбора сырья.

В заключение можно рекомендовать прием витамина Р не в виде искусственных готовых форм (таблеток, драже, порошков), а в составе витаминных чаев из дикорастущих растений. Так, сама природа будет наиболее естественно и оптимально поддерживать витаминный баланс организма, а следовательно, и здоровье.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ПОЛОСТИ РТА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОГО МАСС-СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА

Ю.А. Островский– студент 2 курса лечебного факультета, Т.П. Вавилова

Кафедра биологической химии ФГБОУ ВО «МГМСУ» им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Научный руководитель – д.м.н., проф. Т.П.Вавилова

Актуальность. Биологические жидкости слюна и десневой ликвор играют важную роль в поддержании гомеостаза ротовой полости. Они имеют сложный состав, включающий лейкоциты, слущенные эпителиальные клетки, микроорганизмы, электролиты, компоненты плазмы крови, собственные белки, ферменты, биологически активные вещества и метаболиты. Компонентный состав биологических жидкостей варьирует в зависимости от индивидуальных характеристик – пола, возраста, гигиены полости рта, состояния зубов и зубных рядов, наличия зубных протезов.

В слюне содержатся кальций, фосфаты, калиевые и натриевые соединения, хлориды, гидрокарбонаты, фториды, роданиды и др. Очень многие химические соединения хорошо растворимы в слюне, и миграция входящих в их состав элементов происходит в ионной форме (K^+, Na^+, Cl^- и др.). Существует обширная группа химических элементов, способность которых к миграции в ионной форме ограничена. Это, так называемые, элементы-гидролизанты: Fe, Mn, Al, Ti, Sn, Zr, Cr, W, Mo, которые в растворах легко вступают в реакции и выпадают в осадок. На их растворимость и миграцию могут влиять такие параметры, как минерализация, изменение ионного состава жидкости, сдвиг кислотно-щелочного равновесия, изменение окислительно-восстановительного потенциала. В десневой жидкости (ДЖ) методом спектрометрии в различных концентрациях были определены натрий, калий, кальций, фосфор, магний, цинк, сера, фтор, хлор, но чувствительность данного метода не позволяет детектировать микроэлементы, содержащиеся в очень низкой концентрации.

В то же время тестирование образцов биологических жидкостей ротовой полости позволяет оценить локальные и системные повреждения тканей полости рта. Установлено, что состав макро- и микроэлементов существенно зависит не только от состояния тканей полости рта, но и от возможностей аналитического оборудования, которые позволяют выявить вещества, содержащихся в образце в ничтожно малых концентрациях.

Цель иследования: изучить макро- и микроэлементный состав слюны и десневой жидкости у лиц молодого возраста с использованием лазерного масс-спектрального анализа.

Материал и методы исследования. Были получены образцы десневой жидкости (ДЖ) и слюны у 15 волонтеров в возрасте от 18 до 22 лет. Образцы нестимулированной смешанной слюны получали путем сплевывания в пробирку в течение 5 минут. Забор ДЖ проводили при помощи полосок из хроматографической бумаги, в состав которой входит хлопковый линт и альфа-целлюлоза. Полоски изготавливали длиной 15 мм, шириной 4 мм, один край заостряли под углом 45°. Перед введением полоски в десневую борозду зуб протирали от зубного налёта, высушивали и изолировали ватными тампонами. После этого полоску острым концом вводили в устье десневой борозды, продвигая на глубину до 1 мм по направлению ко дну борозды. Для получения элюата полоску с ДЖ помещали в пластиковые минипробирки, содержащие по 0,5 мл физиологического раствора, и оставляли при температуре +4°С на 4 часа при периодическом встряхивании. Перед аналитическим исследованием проводили лиофилизацию образцов ДЖ и слюны. Полученные лиофилизаты анализировали на лазерном масс-спектрометре «ЭМАЛ-2» и определяли процентное распределение атомных масс химических элементов. В качестве контроля были исследованы образцы 0,9% NaCl. Чувствительность прибора «ЭМАЛ-2» составила 10^{-4} - 10^{-5} а.м. %. Все полученные в процессе исследования цифровые данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. Масс-спектрометрический анализ биологических жидкостей ротовой полости позволил выявить различия в элементном составе и определить их концентрацию в а.м.%. В смешанной слюне было выявлено 23 элемента, а в десневой жидкости 20, кроме кобальта, ванадия и титана. Изучение макроэлементов показало, что в смешанной слюне концентрация калия в 203 раза, фосфора в 31, кислорода в 14, углерода и азота в 9, кальция в 6 раз превосходит таковые в ДЖ. Концентрация магния, серы и фтора (в 1,4; 2,8 и 0,5 раза соответственно) в слюне была незначительно выше. Между тем концентрация натрия и хлора была в ДЖ в 15 и 11 раз выше, чем в слюне. Содержание микроэлементов в составе слюны и ДЖ также варьировало. Концентрации меди и никеля в слюне и ДЖ были сопоставимы. Содержание кремния и фтора в ДЖ было в 0,5-0,6 раз выше, чем в образцах слюны. Остальные микроэлементы – бор, алюминий, хром марганец, железо и цинк были выше в смешанной слюне (в 3-5 раз).

Выводы: метод лазерной масс-спектрометрии позволяет выявить в биологических жидкостях ротовой жидкости свыше 20 химических элементов в самых низких концентрациях (от 0,0001 до 46 ат.м.%). Качественный состав макро- и микроэлементов в ДЖ и слюне во многом сходен. Количественный состав выявленных элементов имеет существенную вариабельность в зависимости от вида биологической жидкости.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

А.В. Минаев – преподаватель
Кафедра биологической химии ФГБОУ ВО «МГМСУ» им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва
Научный руководитель – д.м.н., проф. Т.П.Вавилова

Актуальность. Варикоз – стойкое и необратимое расширение подкожных вен нижних конечностей с истончением венозной стенки и образованием «узлов» в результате грубой патологии венозных стенок, а также недостаточности их клапанов вследствие генетических дефектов. Несмотря на то, что в отечественной и зарубежной литературе имеется много данных об исследовании биохимических показателей у пациентов с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей в плазме крови, содержание данных показателей в сосудистой стенке изучено недостаточно.

Цель исследования: Изучить содержание интерлейкина-1β и активности лактатдегидрогеназы в варикознорасширенном участке вены у пациентов в разных возрастных группах и сопоставить со стадией заболевания по классификации CEAP.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие пациенты с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей – 57 человек (21 мужчина – 36,8% и 36 женщин – 63,2%), средний возраст респондентов – 49 лет. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от возраста и стадии болезни по классификации CEAP. В первую группу вошли пациенты первого зрелого возраста (22-35 лет) – 9 человек (15,79%), с заболеванием на стадии C2. Вторая группа – пациенты второго зрелого возраста (36-60 лет) – 24 человека (42,1%), стадия C3-$C4_{ab}$. Третья группа – пациенты пожилого возраста (61-74 года) – 18 человек (31,58%), стадия C5. Четвертая группа – пациенты старческого возраста (75-90 лет) – 6 человек (10,53%), стадия C6. Во время оперативного вмешательства больному была произведена флебэктомия, и с согласия пациента для исследования был взят участок варикознодеформированной вены со с/3 бедра. До начала исследования полученный материал замораживали в морозильной камере при температуре -30 ^{o}C, а после размораживания готовили гомогенат из полученных образцов ткани путем растирания в фарфоровой ступке с кварцевым песком на холоде, с добавлением 0,9% раствора NaCI. Далее гомогенат центрифугировали на аппарате Armed CH90-1S 5000 об.мин в течение 15 минут. В полученных супернатантах спектрофотометрическим методом определяли активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в МЕ/мл супернатанта. Содержание интерлейкина 1β (ИЛ-1β) измеряли методом иммуноферментного анализа в пг/мл супернатанта. Все полученные в процессе исследования цифровые данные были подвергнуты статистической обработке методом вариационной статистики. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного анализа полученных данных было установлено, что количество ИЛ-1β повышается в зависимости от возраста и стадии заболевания. Значения данного показателя в исследуемых группах распределялись следующим образом: в первой группе содержание ИЛ-1β равнялось 3,89 ± 0,77; во второй группе - 8,09 ± 0,69; в третьей группе –13,2 ± 0,54 и в четвертой группе – 17,2 ± 1,05. Повышение данного показателя свидетельствует о наличии воспалительного процесса и нарастании его в зависимости от возраста пациента и стадии заболевания. Определена подобная прямая зависимость от возраста и стадии заболевания и в отношении активности ЛДГ. Так, в результате проведенного исследования были получены следующие данные: в первой группе активность ЛДГ составила 34,0 ± 5,27; во второй группе – 1904 ± 399; в третьей группе – 2226 ± 245 и в четвертой группе – 2364 ± 112. Высокая активность данного энзима свидетельствует о нарастании явления гипоксии, сопровождающего воспалительную реакцию.

Выводы. Таким образом, повышение содержания ИЛ-1β и активности ЛДГ в сосудистой стенке у пациентов с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей имеет прямую зависимость от возраста пациента и стадии заболевания. Полученные данные свидетельствуют об изменении метаболических процессов в исследуемых группах – нарастании воспалительной реакции на фоне повышения явления гипоксии тканей. Это может отражаться изменением защитной адаптивной реакции.

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY AND PATOPSYCHOLOGY FEATURE OF SUICIDE IN WOMEN

Fidan Suleymanli, Nargiz Mushtagzade, Ramil Huseynzade, Orkhan Isgandarov - authors

Suicide – is a medico-social problem seriously affecting the demographic situation all over the world. According to the results of WHO, suicide is one of three leading causes of death among the people aged between 15 and 34.

Research objective: The study of objective laws of development dynamics and formation of suicidal behavior among females

Material and methods: The study was based on examination of 30 women in the Toxicology Department of the Medical Center No. 1. Each patient filled in a survey questionnaire. Moreover, Beck's depression scale and Tzung's depression scale were used.

Results: Women aged between 15 and 34 made up majority of those were examined (47.1%). Second was those who were aged 25-34 (23.5%).

When it comes to marital status, majority of single women was observed clearly (52.9%), while the proportion of divorced women was only 5.9% of those were examined.

Social status of examined women is as following: Unemployed (64.7%), employed (17.6), students (5.9%), retired women (5.9%), and pupils (5.9%).

Looking at education level of those who commited suicide, it was observed that percentage of suicide decreased as level of education increased. Women with university degree – 11.7%, with secondary school degree – 41.2%.

Results for Beck's and Tzung's depression scales were as following:

- Looking at conflicts of those were examined, patients dominated the list who were in conlict with their parents and wives/husbands at 29.4% and 35.3% respectively.
- the proportions of those who repented and didn’t repent were nearly the same (47.1% and 52.9% in turn).

The results of the research show that majority of women who commit suicide did this because of mental trauma created from some certain problems. Thus, most of suicide initiatives planned not to result in death are demostrations in order to defence temselves in family coflict or to achieve any goal. In the first case, BAP's depression phase is seen while in the second case, dissociative-conversion violation can be clearly observed.

Conclusion: despite increase of researches in Suicidology known methods of prevention are not effective enough which indicator of need to improve prevention. One of approaches to solve this problem can be prepare of the method of suisidal prevention of gender differentiation.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭХИНОКОККОЗОМ У ДЕТЕЙ В ДАГЕСТАНЕ

Д. Г. Хайбулаева – студентка 1 курса педиатрического факультета
Кафедра медицинской биологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - канд. биол. наук, ассистент С.А.Трунова

Актуальность. Эхинококкоз является одной из актуальных проблем здравоохранения регионов России с животноводческой ориентацией сельского хозяйства, в том числе и Республики Дагестан. Заметный рост заболеваемости, что делает ныне ларвальный эхинококкоз серьезной социально-экономической.

Анализ заболеваемости эхинококкозом в Республике Дагестан свидетельствует о реальной угрозе этого весьма опасного и тяжелейшего паразитарного заболевания, которое ежегодно уносит несколько сотен человеческих жизней и наносит миллиардные экономические убытки народному хозяйству. Отечественные гельминтологи [3, 4, 6, 7] в своих монографических трудах предупреждают о пагубных последствиях ларвального эхинококкоза.

Во многих эндемических зонах, к числу которых относится и Дагестан, заболеваемость эхинококкозом печени у детей не только не снижается, но и неуклонно растет. [2] Защищены несколько докторских (Хамидов М.А., 2002; Ахмедов И.Г., 2005) и кандидатских диссертаций (Патахов С.П., 2004), изданы монографии (Аскерханов Р.П. «Хирургия эхинококкоза», 1976; Османов А.О. и Алиев Р.Г. «Хирургия абдоминального эхинококкоза», 2005).

Цель исследования: изучить современную ситуацию по эхинококкозу у детей и по результатам исследований предложить комплекс мероприятий по его профилактике, исходя из специфических условий региона.

Материал и методы исследования. Нами анализирована заболеваемость детей эхинококкозом различной локализации в Республике Дагестан с 2009 по 2016 год. Всего было зарегистрировано 150 больных за этот период. Эхинококк располагался в различных органах, в частности: в легких – 58 случаев, плевре – 2, печени – 84, почках – 2, селезенке – 1, сальнике – 2, брюшной полости – 1. В Махачкале было зарегистрировано 16 больных, в остальных городах – 18, сельских жителей – 116. Среди 150 больных летальных исходов не было.

Результаты исследования. По нашим результатам, в таких районах, как Дахадаевский (18), Буйнакский (14), Агульский (12), Ботлихский (11), Ахтынский (11) и Акушинский (9) было выявлено больше больных эхинококкозом, чем в других районах: в Ахвахском (7), Гергебельском (7), Бабаюртовском (6), Гумбетовском (2) и Гунибском (1) районах. Анализ показал, что заболеваемость в горной и предгорной зонах достоверно выше, чем в низменности и городах республики.

Судя по нашим исследованиям, можно сказать, что чаще всего эхинококк располагается в таких органах, как печень и легкие.

Однако нельзя сказать, что заболеваемость с каждым годом растет или падает. Так, например, в 2009 году всего было 16 больных, а уже в 2010 – 30, что говорит о нестабильности распространения эхинококка. По нашим наблюдениям, самое малое количество больных за весь период исследования было в 2016 году – 8, в 2015 – 10. По 25 больных было в 2012 и 2013 годах, 2014 – 23, 2011 – 13.

Выводы. Распространению эхинококкоза в Дагестане может послужить несколько причин, одна из которых – широкое распространение сельского хозяйства на территории республики, а именно в горной и предгорной зонах.

Также причиной может оказаться игнорирование профилактической дегельминтизации приотарных, прифермерских собак, особенно в мае и сентябре, перед перегонами овец.

Для ранней диагностики и предупреждения осложненных форм необходимо ежегодное профилактическое ультразвуковое исследование печени и других внутренних органов у детей, а также регулярное проведение флюорографии легких, ультрасонографии паренхиматозных органов брюшной полости и иммуноферментного анализа.

Литература

1. Аскерханов Р.П. Хирургия эхинокококоза. Махачкала: Даггиз., 1976. 371 с.

2. Патахов С.П. Особенности течения и принципы лечения эхинококкоза печени у детей: Автореф. дисс… канд. мед.наук. Махачкала. 2004. 27 с.
3. Дейнека И. Я. Эхинококкоз человека. М.: Медицина, 1968. 376 с.
4. Кротов А.И. Эхинококкоз и Альвеококкоз // Гельминтозы человека. М., 1985. с. 190-214
5. Османов А.О., Алиев Р.С. Хирургия абдоминального эхинококкоза. – Махачкала: Лотос, 2006. 353с.
6. Скрябин К. И., Шульц Р.С. Гельминтозы человека (Основы медицинской гельминтологии). М. Л.: Медгиз, 1929. Ч. 1. 376 с.
7. Подъяпольская В.П., Капустин В.Ф. Глистные болезни человека. М.: Медгиз, 1958 – 631 с.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА НА ТЕРРИТОРИИ ДГМУ

С.И. Саликова - студентка 1 курса педиатрического факультета
Кафедра медицинской биологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к. б. н., ассистент С.А.Трунова

Актуальность. Основа здоровья – чистый воздух. Но люди в процессе своей жизнедеятельности сами загрязняют окружающую среду, воздух в том числе. Ядовитые вещества, находящиеся в атмосфере, отравляют нашу жизнь. И почти все силы человеческого организма уходят на то, чтобы улучшить ее качество.

А если каждое предприятие, учреждение, фирма или компания, как и жилые дома, будут следить за своей чистотой и порядком, то повысится и чистота воздуха вокруг.

Так, зная степень загрязнения воздуха на территории вуза и его помещений, можно разработать рекомендации по уменьшению загрязнения. Данная работа предусматривает изучение этой проблемы, и на основании полученных данных возможно проанализировать состояние воздуха.

Цель исследования. Изучение экологического состояния воздушной среды на территории университета и аудиторий кафедры медицинской биологии и кафедры биофизики, информатики и мед. аппаратуры в пятиэтажном корпусе ДГМУ:

1) провести качественную оценку состояния воздуха на территории вуза с помощью лихеноиндикации;

2) изучить степень запыленности воздуха в различных местах территории вуза и аудиторий кафедры медицинской биологии и кафедры биофизики, информатики и мед. аппаратуры;

3) изучить экологическое состояние вузовской территории (зеленую полосу, видовой состав древесно-кустарниковых насаждений);

4) изучить уровень озеленения аудиторий кафедры медицинской биологии и кафедры биофизики, информатики и мед. аппаратуры.

Материал и методы исследования. Для исследования понадобилось следующее оборудование: лупа, рамка для определения степени покрытия лишайниками стволов деревьев 10х10 см. В ходе работы были обследованы 6 видов деревьев: тополь обыкновенный, береза повислая, белая акация, сосна обыкновенная, платан, ива плакучая. На каждом дереве было подсчитано количество видов лишайника. Не обязательно знать, как точно называются виды, надо лишь различать их по цвету и форме слоевища. Все обнаруженные виды разделили на группы лишайников: кустистые, листоватые, накипные.

Была проведена оценка степени покрытия древесного ствола лишайниками. Для этого на высоте 30-150 см на более заросшую лишайниками часть коры наложили рамку.

Для изучения степени запыленности воздуха изготовили картонные карточки размером 10х15 см, посередине которых вырезали отверстия прямоугольной формы. Внутри карточек наклеен скотч. Липкая сторона скотча должна собирать на себя твердые частицы (пыль), содержащиеся в воздухе.

Карточки были размещены в следующем порядке:

две – в кабинетах

две – в коридоре

две – на лестничной площадке кафедры медицинской биологии и кафедры биофизики, информатики и мед. аппаратуры

три – снаружи со стороны трассы

три – на противоположной стороне.

Карточки висели 7 дней. После этого были собраны и исследованы. На основании визуального осмотра и сравнения с карточками, размещенными снаружи, можно сделать вывод о степени запыленности воздуха на кафедрах.

Также выясняли, как озеленено помещение.

Исследования были проведены следующими методами:

1) теоретические (анализ литературы и Интернет-ресурсов);

2) метод лихеноиндикации;

3) эмпирические (наблюдения, анкетирование, интервьюирование);

4) методы статистической обработки результатов.

Результаты исследования:

-количество комнатных растений составило около 183, – как в аудиториях, так и в коридоре

-учитывая, что каждый день приходит различное количество студентов в зависимости от времени и дня недели, было принято среднее число посещений на кафедрах, которое составило свыше 450 человек за один день.

-на одного учащегося приходится 0,41 растение

Видовое разнообразие растений также является недостаточным. Во всех аудиториях кафедр были определены 4 растения, наиболее часто встречающихся, среди которых различные виды фикусов, кактусов, монстера и хлорофитум хохлатый.

Был проведен небольшой опрос среди студентов, которые отвечали на вопрос, какие бы растения они хотели видеть на данной территории. По процентному соотношению вышло, что 60% хотели бы красиво цветущие, экзотические и лиственно-декоративные растения, к примеру, различные виды пальм, около 30% задумались о влиянии растений и ответили – «очищающие воздух», остальные были согласны и с тем, что есть.

Выводы. Степень загрязнения воздуха в районе Дагестанского государственного медицинского университета – низкая. Чем больше видов лишайников встречается в исследуемом районе, тем чище воздух. Благодаря полосе из деревьев и кустарников, а также удаленности самого корпуса от автомагистрали, воздух в районе слабо загрязнен.

Несмотря на то, что видовой состав растений, деревьев на территории ДГМУ разнообразен, таких видов, как каштан, липа, гледичия, клен, черемуха, можжевельник, которые являются прекрасными поглотителями пыли, обладают бактерицидными и шумоизоляционными свойствами, не представлено.

Рекомендуется увеличить количество и разнообразие зеленых насаждений на территории, создать из деревьев и кустарников плотный заслон, граничащий с автомагистралью.

СОХРАНИМ ЛЕС ЖИВЫМ

А.Х. Ибрагимов - студент 1 курса педиатрического факультета

Кафедра медицинской биологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научный руководитель – к. б. н., ассистент С.А.Трунова

Актуальность. Проблема вырубки лесов очень актуальна на сегодняшний день. Потому что тенденция вырубки лесов преобладает над лесопосадками. Если так будет продолжаться, то в скором времени уровень жизни на нашей планете сократится. Лесные массивы имеют огромное значение для Земли. Они обеспечивают нас кислородом, принимают участие в поддержании водного режима, являются ареалом обитания живых существ.

Цель исследования: изучение проблемы сохранения лесов родного района. Задача: определить объем вырубки лесов в районе на нужды жителей и административно-хозяйственных организаций и выяснить степень наносимого ущерба.

Сохраним лес живым…. Любой край планеты Земля по-своему, наверное, неповторим. Как только проезжаешь Цумадинский район и оказываешься на территории Цунтинского района, ощущаешь, как перед твоим взором открываются высокие горы, полностью покрыты ярко-зелёным лесом. Богат лесами Цунтинский район, площадь которого составляет около 60 тыс.

гектаров. Но Цунтинский район является, к сожалению, и ярким примером не экономного использования леса.

В условиях отсутствия альтернативных источников теплоснабжения населения, учреждений и организаций района, дрова и уголь пока ещё остаются здесь преобладающими видами топлива.

Материал и методы исследования. Несмотря на то, что проблема вырубки лесов рассматривается на примере одного района, она касается и других районов. Зачем на планете леса, и стоит ли защищать их от вырубки? Ответ очевиден: стоит. Потому что леса – это лёгкие планеты: растения при фотосинтезе вырабатывают кислород, и этим они обеспечивают население земли чистым воздухом. Воздух, как известно, один из трёх жизненно необходимых факторов. Поэтому бездушная вырубка лесов отрицательно повлияет на жизнь людей.

Изучая обозначенную проблему, мы использовали метод социального опроса, метод изучения имеющейся научно-публицистической литературы, а также метод статистического анализа полученных данных.

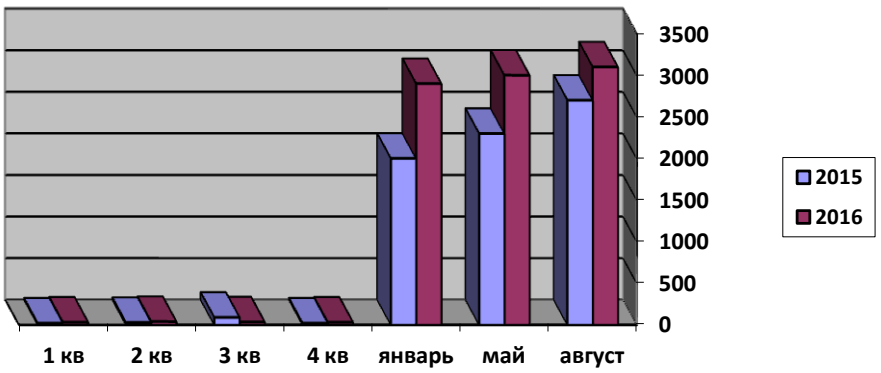
Результаты исследований. В с. Мокок проживают более 200 хозяйств, и все жилые дома отапливаются дровами. На зиму каждая семья заготавливает, в среднем, более 10 м^3 дров, что составляет для населенного пункта более 2000 м^3. В селе кроме жилых домов, также имеются школа, сельская администрация, детский сад, мечеть, медресе, клуб, ФАП и другие административные здания, которые также необходимо отапливать в зимний период года. Получается, что только жители Мокока заготавливают на зиму более 3000 м^3 дров. В Цунтинском районе насчитываются 46 населённых пунктов. Соответственно можно рассчитать ежегодный масштаб массовой вырубки лесов. Если сюда прибавить и нужды в лесоматериалах населения при строительстве жилых домов, хозяйственных и производственных объектов, то потребности в древесине возрастают на порядки.

Поэтому руководству республики и района необходимо вплотную заняться вопросами газификации горных районов. Горные леса имеют немаловажное значение в почво- и водозащите: они поддерживают водный баланс двух основных водных артерий центрального Дагестана – Аварского и Андийского Койсу. Сулак, образованный их водами, даёт долю электроэнергии в республике. В районе есть несколько водопадов и, если на них построить малые ГЭС, можно обеспечить жителей района электричеством и теплом, сохранить от вырубки десятки гектаров леса.

Работа гидроэлектростанций основана на использовании кинетической энергии падающей воды. Для преобразования этой энергии применяются турбина и генератор. Сначала эти устройства вырабатывают механическую энергию, а затем уже электроэнергию. Турбины и генераторы могут устанавливаться непосредственно в дамбе или возле неё. В некоторых случаях используется трубопровод, посредством которого вода, находящаяся под давлением, подводится ниже уровня дамбы или к водозаборному узлу ГЭС.

Кроме того, всё используемое оборудование обладает ещё одним важным преимуществом. Это длительный срок службы, что объясняется отсутствием теплоты в процессе производства. И действительно, часто менять оборудование не нужно, поломки случаются крайне редко. Минимальный срок службы гидроэлектростанций – около пятидесяти лет.

Важно и то, что размер этих гидроэлектростанций очень мал, по сравнению с большими гидроэлектростанциями. И установив на речке достаточное количество этих ГЭС, можно получить ту же энергию, что дают и большие ГЭС.



Как видно по графику, рубка леса в последние годы растет, нежели уменьшается.

Сегодня в Цунтинском районе рубка леса преобладает над лесопосадками. Тенденция истощения лесных запасов растёт из года в год. Жители района работают над данным вопросом, в соответствии с составленным планом, обсуждённым и принятым на общем собрании школьного лесничества и утверждённым директором школы и руководителем ГКУ «Цунтинское лесничество».

Каждый год силами школьников и учителей школ района проводится организованная посадка деревьев, гектары которых можно увидеть сегодня. В 2016 году членами школьного лесничества был посажен 71 саженец деревьев в честь 71-летия Победы советского народа в Великой Отечественной войне.

Из-за трудностей, связанных с горным рельефом, отсутствием дорог, затрудняются мероприятия, контролирующие системную вырубку леса. Поэтому население района всячески оказывает помощь местному лесничеству.

Выводы. Трудно представить жизнь человека без леса, его даров и продуктов их переработки. Стоит лишь оглянуться вокруг, чтобы понять, насколько тесно мы связаны с основным продуктом леса – деревом.

Настал момент, когда человек должен задуматься о массовой вырубке леса, а также о защите его от пожаров. Потеря лесов – это потеря не только кислорода, но и важнейших экономических ресурсов, необходимых человеку для дальнейшей жизнедеятельности.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОСОСУДИСТОГО РУСЛА БРЫЖЕЙКИ КРЫС ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ

К.Я. Шугаева, Н.Б. Ханмурзаева, А.А. Далгатова - молодые ученые
НИИ экологической медицины,
кафедры фармакологии и патологической физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Научный руководитель - к.м.н., доцент Р.Г. Атаев

Выяснению роли микроциркуляторной системы в патогенезе краш-синдрома посвящено значительное количество исследований. Это работы преимущественно экспериментального характера, они позволяют оценить роль нарушений в системе микроциркуляции периферических отделов человеческого организма.

Мы поставили перед собой задачу выявить морфологические изменения системы микроциркуляции брыжейки крыс в течение первых 12 часов развития краш-синдрома.

Материалом для исследования послужили 60 беспородных белых крыс обоего пола, массой 180 - 200 г., 10 из них были контрольными, остальные разделены на 5 групп по 10 животных в каждой. Модель краш-синдрома воспроизводили специально сконструированными тисками, которые накладывались на задние конечности животных, параллельно паховой связке, на 8 часов, что соответствует тяжелой степени краш-синдрома. Крыс забивали через 3, 6, 12 часов после снятия компрессии. Для исследования брали брыжейку тонкого кишечника, фиксировали в 12% нейтральном формалине. Пленчатые препараты импрегнировали азотнокислым серебром по В.В. Куприянову. Учитывая необходимость более объективной оценки изменений состояния кровотока в сосудистом русле, в частности уровня притока и оттока крови, производили подсчет суммарной величины квадратов диаметра артериол и венул в абсолютных цифрах на 10 сегментах площадью 90-100 мм^2 для каждого срока. Материал обрабатывали статистически.

Через 3 часа в артериальном звене появлялось расширение просветов сосудов (Σ Да= 2032мкм^2, P<0,05), определялись очаговые эритроцитарные скопления и диапедезные кровоизлияния. Сумма диаметров просветов венул равнялась 7709мкм^2, что почти в 3 раза превышало показатели нормы и свидельствовало о значительном замедлении оттока крови из микрососудистого русла.

Спустя 6 часов изменения микрососудистого русла нарастали. В меньшей степени это касалось сосудов приносящего звена: артериолы и прекапилляры были расширены, но сумма квадратов диаметров артериол (2137 мкм^2) немного превышала таковую в предыдущем сроке. Увеличивалось количество функционирующих артериоло-венулярных анастомозов. Значительные изменения отмечались в сосудах отводящего звена микроциркуляторного русла. Возрастали показатели, характеризующие изменения просвета венул (с 7709 мкм^2 в 3 часа опыта до 12254 мкм^2 к 6 часам), что свидетельствовало о выраженном нарушении оттока крови. Расширение просвета сосудов было неравномерным, нарастала эритроцитарная инфильтрация, отек тканей.

Через 12 часов от начала эксперимента выявилось значительное расширение приносящих сосудов. Сумма квадратов диаметров артериол достигала 2685 мкм^2, что в два раза превышало показатели нормы. Просветы всех звеньев микрососудистого русла были расширены, отмечались капилляростазы, тромбоз отдельных капилляров, посткапилляров и венул. Просветы венул увеличивались незначительно по сравнению с предыдущим сроком (15982мкм^2).

Заключение

Анализируя проведенные исследования, можно отметить, что максимум изменений артериолярного звена соответствует сроку 12 часов, тогда как венулярный выносящий отдел дал резкое расширение просветов сосудов с замедлением кровотока уже через 6 часов от начала эксперимента.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА БИОФЛАВОНОИДОВ ИЗ РАСТОРОПШИ ПЯТНИСТОЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В МОЗГЕ КРЫС ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ

Ш.И. Чалабов - магистр, Х.Б. Бабирова – студент

Кафедра биохимии и биофизики ФГБОУ ВО ДГУ Минобрнауки России

Научный руководитель - д.б.н., проф. Кличханов Н.К

Актуальность. Сдвиг равновесия в системе биологического окисления в сторону активации процессов перекисного окисления липидов с одновременным ослаблением резервов антиоксидантной системы защиты организма получил название окислительного, или оксидативного, стресса. Каскад патобиохимических реакций, запускаемых оксидативным стрессом, является одним из ключевых звеньев патогенеза повреждения нервной ткани при самых разных патологических процессах. В организме существует антиоксидантная система, включающих в свой состав комплекс ферментов и низкомолекулярных соединений противодействующих окислительному стрессу и обезвреживающих свободные радикалы. Однако при значительном повышении содержания активных форм кислорода (АФК) эндогенная антиоксидантная система становится неспособной поддерживать баланс системы прооксиданты/антиоксиданты, что приводит к развитию оксидативного стресса, одного из универсальных механизмов повреждения тканей. При развитии церебральной ишемии создаются условия для массированного образования АФК, запускающие цепные реакции окисления. Цитотоксичность АФК проявляется посредством индукции процессов липопероксидации, окислительной модификации белков, инактивации ферментов и повреждения мембраносвязывающих белков. В условиях окислительного стресса внутренних резервов антиоксидантной системы организма не всегда достаточно для борьбы с чрезмерным образованием АФК, что делает актуальным исследование возможностей применения антиоксидантных соединений, способных оказывать позитивный эффект при усилении свободнорадикальных процессов.

В этом плане большой интерес представляет комплекс биофлавоноидов, выделенных из семян расторопши пятнистой (*Silybum marianum*), который обладает широким спектром биологической активности. Этот комплекс биофлавоноидов широко применятся как гепатопротектор, важным свойством которого является антиоксидантный эффект. Также он оказывает протекторный эффект и при ишемии мозга. Введение препарата уменьшало объем зоны инфаркта в мозге и оказывало антиапоптическое действие. В то же время механизм нейрозащитного действия данного комплекса биофлавоноидов недостаточно изучен, что сдерживает его широкое практическое применение.

Цель исследования: изучение влияния комплекса биофлавоноидов из расторопши пятнистой на интенсивность свободнорадикальных процессов в мозге крыс при окклюзии сонных артерий.

Материал и методы исследования. Опыты проводили на крысах с массой 180 и 200 г. Животные были распределены на три группы: 1 группу составили ложнооперированные крысы (контроль); 2 – крысы с ишемией/реперфузией головного мозга; 3 – крысы с ишемией / реперфузией головного мозга, получавшие препарат производства «Формулы здоровья». В эксперименте воспроизводились неполная ишемия головного мозга путем окклюзии обеих сонных артерий в течение 1 ч. По истечении времени лигатуры снимали и через час реперфузии животных использовали в эксперимент. Все хирургические процедуры проводили под наркозом (внутрибрюшное введение тиопентала натрия в дозе 40-50 мг/кг). Из коры головного мозга методом ультрацентрифугирования выделяли синаптические окнчания нейронов, а затем и синаптические мембраны. В мембранах синаптосом определяли маркеры окислительной модификации белков (карбонильные и тиоловые группы) а в синаптосомах продукты перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид, МДА), содержание восстановленного глутатиона (GSH) и активность гидрофильных антиоксидантов.

Результаты исследования. Окклюзия сонных артерий и последующая реперфузия приводят к повышению исходного содержания МДА в суспензии синаптосом на 63% относительно контроля. В инкубируемых in vitro пробах синаптосом в присутствии прооксидантов (Fe^{2+}+ аскорбат) накопление МДА после реперфузии возрастает почти в два раза по отношению к контролю.

Исследование содержания карбонильных групп, являющихся одним из маркеров окислительной

модификации белков, у контрольных животных свидетельствует о протекании радикал-индуцируемого окисления белков мозга в физиологических условиях. Инкубирование мембран синаптосом из мозга контрольных животных в условиях, способствующих генерации гидроксильных радикалов (Fe^{2+}+ЭДТА+H_2O_2), существенно увеличивает содержание карбонильных групп в белках. Постишемическая реперфузия приводит к резкому увеличению (на 110%) исходного уровня карбонилов в мембранных белках. Ишемия/реперфузия приводит к существенному накоплению карбонилов (на 76%) в присутствии системы Фентона, генерирующей ОН-радикалы.

Анализ другого маркера окислительной модификации белков – SH-групп показал, что их содержание в белках мембран синаптосом при постишемической реперфузии снижается на 35%. Это свидетельствует о том, что окислительный стресс, развивающийся в условиях ишемии/реперфузии, способствует окислительной модификации белков.

Таким образом, постишемическая реперфузия стимулирует окислительную модификацию как липидов, так и белков синаптосом, что свидетельствует об интенсивном образовании АФК в нейронах. Развитие окислительного стресса в мозге происходит на фоне снижения антиоксидантной защиты. Так, через 1 час реперфузии в синаптосомах общая антиокислительная активность снижается на 36%, а содержание GSH – на 49,7 % по отношению к контролю.

Диета с биофлавоноидами расторопши предотвращает повышение как исходного уровня МДА в синаптосомах, так и его накопление индуцированного оксидантами после реперфузии. На фоне препарата в белках мембран синаптосом не повышается количество карбонильных групп и не снижается количество SH-групп после реперфузии, предотвращается также накопление карбонильных групп в белках мембран синаптосом in vitro в среде Фентона после реперфузии. У данной группы животных также не происходит снижение общей антиокислительной активности и содержания GSH в синаптосомах в период постишемической реперфузии.

Таким образом, полученные результаты однозначно свидетельствуют о способности биофлавоноидов расторопши пятнистой оказывать антиоксидантное нейропротекторное действие в условиях церебральной ишемии/реперфузии.

Выводы. По результатам исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Через 1 час постишемической реперфузии в синаптических окончаниях нейронов коры мозга на фоне снижения антиоксидантной защиты развивается окислительный стресс, приводящий к окислительной модификации липидов и белков мембран.

2. Кормление крыс в течение 7 дней препаратом из биофлавоноидов расторопши пятнистой предотвращает развитие окислительного стресса в мозге после реперфузии путем поддержания антиоксидантной защиты и снижения степени окислительной модификации липидов и белков мембран синаптосом.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПО ЧАСТОТЕ ПУЛЬСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

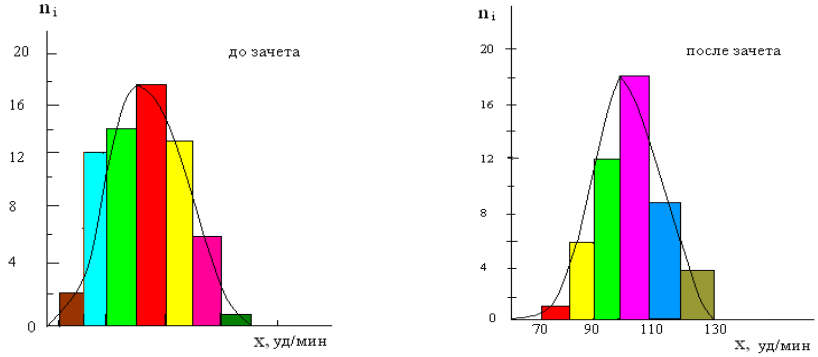
З.М. Гасанбекова - студентка 1 курса лечебного факультета
Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - д. ф.-м.н., проф. М.А.Ризаханов

В статье описаны результаты статистических исследований распределения по частоте пульса. Измерения частоты с использованием выборки объемом 68 проводились в зависимости от эмоционально-психологического состояния студентов первого курса в условиях сдачи зачета по физике. Оценка частоты проводилась в два этапа. Первый этап приходится на период до сдачи зачета. Второй же этап смещен относительно первого и приходится на период после зачета. Время между началом измерений частоты и процедурой сдачи зачета на первом этапе и время между зачетом и оценкой пульса во второй раз варьировало в случае каждого студента в интервале 15-20 мин.

Результаты измерений, укладывающихся в диапазоне 60-130 ударов в минуту, сгруппированы по подинтервалам шириной 10 единиц. Гистограммы, построенные по этим данным, показаны на рисунке.

Основные выводы анализа результатов измерений:

a) гистограммы не идентичны из-за роста частоты пульса в условиях после зачета:



Соответствующая гистограмма смещена вправо по отношению к кривой, построенной по результатам измерений до сдачи зачета;

b) независимо от состояния, в котором пребывают студенты, распределение их по частоте пульса подчиняется нормальному закону (см. сплошные линии);

c) параметры распределения : средняя частота пульса до сдачи зачета v=90 уд./мин ($\pm$ 3), после сдачи зачета она больше примерно на 10 уд./мин. Среднее квадратическое отклонение не претерпевает заметного изменения, не зависит от эмоционально-психологического состояния и равно 30 уд.мин.

Казалось, что в условиях до сдачи зачета, когда студент обеспокоен результатом предстоящего испытания и пребывает в состоянии высокого накала напряжения, пульс должен быть не меньше, а больше, чем в расслабленном состоянии после зачета. Однако измерения приводят к иным, прямо противоположным данным, и для их объяснения необходимы дальнейшие исследования.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОГЕННЫХ УСТРОЙСТВ В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

К.В. Корх - студентка 1 курса лечебного факультета, К.А. Гафуров
Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - к.т.н., доцент К.А. Гафуров

Развитие цивилизации и общества в целом сопровождается повышением прироста населения. Плотность народонаселения в определенных районах земного шара резко возрастает, тем самым это снижает уровень безопасности людей при возникновении техногенных и природных катастроф. Эти ситуации являются причиной роста различного рода травматических поражений организма человека и связанных с ним заболеваний. В этой связи требуется весь арсенал методов и средств лечения различных патологий, в том числе и процедур, связанных с криогенным воздействием на организм человека. В последние годы польза применения локального и общего охлаждения при лечении различных заболеваний не вызывает никакого сомнения. Уже доказана возможность применения гипотермии для лечения сосудистых заболеваний, достоверно известно о заживляющем эффекте местной гипотермии при лечении трофических язв, заживлении ожогов и др.

На протяжении последних десятилетий было опубликовано множество исследований, посвященных этой проблеме. Сначала метод общей гипотермии был внедрен в хирургию сердца, и затем с 60-х годов до настоящего времени успешно применяется в клиниках, руководимых Б.Г. Петровским, А.А. Вишневским, В.И. Бураковским, Н.М. Амосовым и др. Примерно в эти же годы метод общей гипотермии стали применять и в нейрохирургии, где он до настоящего времени успешно используется при наиболее сложных операциях на глубоко расположенных опухолях головного мозга, артериальных и артерио-венозных аневризмах и др. [1].

Технический прогресс за последние два десятилетия явился главным стимулом резко возросшего интереса к применению холода в биологии и медицине. Хотя изучение воздействия холода на самые различные биологические объекты началось около трех столетий назад, бурное развитие этой области знаний в последнее время привело к созданию новой научной дисциплины - криобиологии, являющейся теоретической основой применения криогенного метода в клинической медицине [2].

Перспективным способом криогенного метода в клинической медицине является применение полупроводниковых термоэлектрических устройств, в качестве элементов формирования локального участка с пониженной температурой. Аппаратная реализация данной методики позволит ее применять как в терапевтических воздействиях, так и в хирургии, что является актуальным направлением современных медико-биологических исследований.

Литература

1. А.с. 240175 СССР. Устройство для гипотермии / Ю.Д.Смирнов, Н.М.Аксаков и др. // Б.И. 28.03.69. №6.
2. Криохирургия /Под ред. Э.И.Канделя. М.:Медицина, 1974.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВУЗЕ (ОПЫТ ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА)

И.А. Гаджимагомедова, Е.Н. Мизина – молодые специалисты, Э.Ш. Гусейнова
Отдел интеллектуальной собственности ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала
Научный руководитель - начальник Э.Ш. Гусейнова

Дагестанский государственный медицинский университет обращает большое внимание на развитие информационных технологий в вузе как важного фактора, оказывающего влияние на качество образования [1].

В ДГМУ разработан и зарегистрирован целый ряд программ для ЭВМ и баз данных, таких как база данных «Изобретения и полезные модели», база данных «Тестовые задания для самоконтроля по теме «Охрана интеллектуальной собственности в вузе», база данных «Тестовые задания для контроля уровня знаний студентов по курсу «Глазные болезни», программа для ЭВМ «Расчет нагрузки на эндодонтические инструменты».

Программы для ЭВМ и базы данных были представлены на выставках и удостоены наградами на всероссийских и международных выставках: база данных «Охрана интеллектуальной собственности в вузе» удостоена серебряной медали Московского салона изобретений «Архимед», база данных «Охрана интеллектуальной собственности - нематериальные активы в вузе» диплома и сертификата Всероссийский выставки-презентации РАЕ Москва, программы для ЭВМ «Автоматизированная система управления в вузе «Аспирант», программа для ЭВМ «Автоматизированная система управления в вузе «Студент» удостоены золотой медали Московского салона изобретений «Архимед», программа для ЭВМ «Регистр инсульта Дагестана», «Ведение документации в стоматологическом кабинете» - бронзовой медали и диплома Московского салона изобретений «Архимед», программа для ЭВМ «Регистр пациентов с наследственными нервно-мышечными заболеваниями «Нейрорегистр Дагестана» удостоена золотой медали и диплома выставки «Росбиотех».

Активная работа по развитию инновационных проектов в медицине, направлена на привлечение молодых ученых, аспирантов и студентов участвующих в научной работе вуза, что повышает уровень научных проектов, запатентованных разработок и участия в конкурсах. На основе этого разработана база данных «Инновационные проекты молодых ученых РД по направлению «Медицина» ».

База данных «Инновационные проекты молодых ученых РД по направлению «Медицина» » предназначена для аккумулирования, хранения и обработки данных по молодым ученым и студентам: личных данных, проектов, с которыми они принимали участие в выставках, конференциях. База данных обеспечивает оперативную работу с информацией, касающейся молодых ученых, и содержит следующие сведения: Ф.И.О., дату рождения, должность, направление НИР, достижения (дипломы и медали выставок, участие в грантовых конкурсах, наличие патентов на изобретения) и контакты. Информацию можно дополнять, удалять, изменять, указывать поиск и выделять необходимые разделы. При помощи такой базы данных можно составлять отчеты по различным направлениям и выполнять эту работу. Такая база данных позволяет проследить самые актуальные инновационные проекты молодых ученых и привлекать творческую молодежь к активной работе. Она представляет интерес для широкого круга специалистов по организации деятельности вуза, в том числе самих молодых ученых, их научных руководителей, преподавателей медицинских учебных заведений. На момент подачи заявки на регистрацию база данных содержит более 150 документов. База зарегистрирована в Роспатенте, свидетельство о государственной регистрации №2016620328 от 11.03.2016г.

Тип ЭВМ: IBM PC-совмест.ПК.

СУБД: Microsoft Access

ОС: Windows XP/Vista/7 и выше

Объём базы данных: 2 Мб

База данных ДГМУ предлагает к использованию запатентованные разработки, предостав-

ляет информацию о новых разработках вуза, их технико-экономическом обосновании. Она размещена на сайте вуза, и такой формат информационного обеспечения является наиболее продуктивным, позволяет обновлять содержание, оперативно предоставлять ее потребителю.

Литература.

1.Маммаев С.Н. Основные направления повышения качества образования в ДГМУ.// Проблемы управления качеством подготовки специалистов в медицинском вузе: Материалы учебно-методической конференции, посвященные проблемам управления качеством подготовки специалистов в медицинском вузе. Махачкала: Издательско-полиграфический центр ДГМУ, 2017. 280 с.

2.Материалы выездного заседания Совета по вопросам интеллектуальной собственности при председателе СФ. Казань, 2014.

3. данные http://www1.fips.ru/wps/wcm/connect/content_ru/ru

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА НА ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

Б.М. Раджабова. – молодой специалист

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры

Научные руководители - д.м.н., доцент Н.Р. Моллаева, к.т.н., доцент К.А. Гафуров

Концепция современной образовательной политики должна учитывать демографическую ситуацию в стране, развитие научно-технических отраслей, потребность в рабочих местах и многое другое. В этих условиях необходимо реформировать национальную систему образования по пути выявления способностей отдельных индивидуумов, начиная с раннего детства, выработки навыков обращения с информационными технологиями и развития творческого потенциала каждого специалиста.

Уровень образования в 90-е годы, как в школах, так и в высших учебных заведениях характеризовался резким спадом не только материально-технической базы, но и снижением интереса обучающихся к образовательному процессу. Эта проблема является и по сегодняшний день одной из самых злободневных в нашем обществе.

На базе Министерства образования и науки РФ разрабатываются различного рода программы и средства, позволяющие повысить степень усвоения знаний в процессе обучения. Широко применяются дистанционные способы обучения, наряду с методами психофизиологической оценки состояния обучающихся.

В некоторых высших учебных заведениях нашей страны ведётся психодиагностическая работа, позволяющая выявить особенности воздействия учебного процесса на психику студентов.

Таким образом, актуальной является проблема системного анализа информации о воздействии материала на процесс обучения.

Данный анализ, возможно, реализовать, если использовать влияние психического состояния человека на физиологические процессы, проходящие в человеческом организме.

Так, например, в моменты высокой концентрации внимания, а также в состоянии утомления и расслабления в определённых пределах происходит изменение в работе сердечно-сосудистой системы. Одним из главных показателей работы этой системы является значение пульсовой волны. Проводя процесс поэтапной регистрации данного параметра жизнедеятельности человека компьютерными методами, возможно методично проанализировать влияние тех или иных тем и заданий на обучаемого. Т.е. составляется информационная карта воздействия на психику ученика различного рода знаний, а также влияние заданий на психоэмоциональный фон. Компьютерную регистрацию пульса обучаемого необходимо проводить в течение всего процесса. После составления информационной базы данных параметров значений пульсовых характеристик, а также сопоставления изучаемого материала при помощи экспертных программ с семантическими связями и форм его представления, возможна их комплексная оценка на основе принципов системного анализа.

Детальная проработка и исследования полученных параметров в зависимости от различных условий (времени дня, количества учебных часов, объёма изучаемого материала, времени года, вида занятий, а также вида учебных пособий) позволят в сложившихся условиях применять наиболее совершенные способы повышения уровня образованности ученика, что в целом повысит качество образования.

В образовательных учреждениях медицинского профиля применение данной системы может позволить уже на начальном этапе подготовки врачей выявить характерные задатки у студентов в том или ином направлении будущего профессионального развития. Тем самым, если у обучаемого восприимчивость материала, необходимого для специалиста хирургического направления, то возможно его и других обучаемых с такими же склонностями ориентировать на индивидуальные образовательные программы. Разработка индивидуальных образовательных программ полностью предусмотрена Федеральным образовательным стандартом 3+, утвержденным по лечебному делу в 2016 году. И уже в процессе обучения по конкретному блоку специализации обучаемого возможно выстроить персональную траекторию учебы.

В общем, применение подобной методики в образовательном процессе может качественно повысить эффективность усвоения материала, положительное отношение обучаемого к процессу обучения, за счет снижения стрессовой нагрузки на психику и комфортной формы подачи изучаемого материала. Масштабность данной системы позволяет создать общую единую базу знаний по конкретным направлениям подготовки специалистов, а семантический анализ дает уникальный механизм воспитания поколения студентов, положительно настроенных на процесс обучения.

УДК 614.251.2

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Е.А. Миллер, магистрант

LEGAL PROBLEMS OF RENDERING PALLIATIVE CARE IN MODERN RUSSIA

Miller E.A., undergraduate
evgeniymiller95@gmail.com

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кафедра экономики и социальной работы г. Ставрополь
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Stavropol State Medical University» of the Ministry of Healfcare of the Russian Federation, department of economy and social work, Stavropol
Савченко В.В., к.п.н., доцент кафедры экономики и социальной работы
Savchenko V.V., candidate of pedagogical sciences,
Associate Professor at the Department of economy and social work

Аннотация. В статье предлагаются новые конкретные решения важной задачи правового регулирования системы оказания паллиативной помощи населению; приведены результаты социологического исследования среди пациентов паллиативного профиля и их родственников; проанализировано российское законодательство в области регулирования взаимоотношений врача и пациентов при оказании медицинской помощи в экстренной форме; сформулированы основные социально-правовые проблемы при оказании паллиативной медицинской помощи и определены возможные пути их решения.

Abstract. In article new concrete solutions of an important problem of legal regulation of system of rendering palliative care to the population are proposed; results of a sociological research among patients of a palliative profile and their relatives are given, the Russian legislation in the field of regulation of relationship of the doctor and patients at delivery of health care in the emergency form is analysed; the main social and legal problems when rendering palliative medical care are formulated and possible ways of their decision are defined.

Ключевые слова: юридическая коллизия, специализированная паллиативная помощь, реанимационные мероприятия, стандартизированные интервью, качество жизни, регламент действий медицинских работников.

Key words: a legal collision, specialized palliative care, resuscitation actions, the standardized interviews, quality of life, regulations of actions of health workers.

Актуальность. В современном мире, благодаря высоким стандартам уровня и качества жизни, совершенствованию медицинских технологий лечения и реабилитации, достигнуты значительные успехи в области продления жизни человека. Однако это не всегда позволяет современному человеку сохранить абсолютное здоровье, значительно улучшить его состояние или избежать инвалидности. Часто предотвращая наступление смерти, современная медицина не позволяет обеспечить человеку достойный уровень и качество жизни. Все это приводит к постоянному увеличению группы лиц, которым необходима не только постоянная медицинская, но и специализированная паллиативная помощь. В России в связи с растущей актуальностью и значимостью данной проблемы официальный юридический статус она получила только в 2011 г. с подписанием Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В основу паллиативной помощи положено признание права каждого человека на получение медицинской и социальной помощи независимо от диагноза и прогноза, на достойные условия жизни и смерти, утверждение отношения к процессу умирания как к нормальному и естественному процессу. Однако в связи с несовершенством Российского законодательства в данной области врачи при оказании медицинской помощи больным паллиативного профиля

часто сталкиваются со множеством правовых проблем, в том числе и при оказании реанимационных мероприятий. Продление жизни пациента искусственными средствами, при котором фактически функционируют лишь отдельные органы, не позволяет обеспечить человеку достойный уровень и качество жизни, а лишь является основой продления физических и морально-психологических страданий как самому человеку, так и его близким.

Цель исследования: анализ и изучение социально-правовых проблем оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено 20 стандартизированных интервью с пациентами паллиативного профиля и их родственниками. Исследование было проведено в ноябре-декабре 2016 г. среди пациентов государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Городская клиническая поликлиника №1» г. Ставрополя, получающих медицинские услуги в кабинете паллиативной медицинской помощи. В ходе исследования были проанализированы нормативно-правовые документы, регламентирующие оказание реанимационной помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями.

Результаты исследования. Все опрошенные нами респонденты указали на низкий уровень доступности паллиативной медицинской помощи. В стационарных условиях квалифицированную паллиативную помощь получили лишь 5% из опрошенных нами пациентов. Самой распространённой формой оказания паллиативной помощи является консультирование пациентов и их родственников по вопросам подбора обезболивающих препаратов. 90% опрошенных нами респондентов отметили, что постоянно сталкивались с проблемами несвоевременного получения обезболивающих препаратов, 10% сталкивались с этой проблемой время от времени. 85% опрошенных отметили, что сталкивались с проблемами получения пособий и льгот, предоставляемых тяжелобольным пациентам.

65% опрошенных оценили уровень и качество своей жизни как «очень низкие», 30% как «низкие», 5% оценили уровень и качество своей жизни как «средние».

Все опрошенные нами пациенты и их родственники отметили, что хотели бы отказаться от подключения к ИВЛ (аппарат искусственной вентиляции легких) в случае ухудшения их состояния, если бы данный вид реанимации был бы единственным способом сохранения и продления жизни.

Рассмотрим более подробно проблему оказания реанимационной помощи. В отечественном законодательстве существует юридическая коллизия. С одной стороны врач, согласно ст.66. ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», может не проводить реанимационные мероприятия при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью. Но при этом не установлено, какие болезни и какие признаки должны характеризовать это состояние. С другой стороны, за неоказание медицинской помощи врач несет уголовную ответственность. Вместе с тем Российское законодательство утверждает недопустимость отказа от медицинского вмешательства при оказании экстренной помощи, а также запрет на эвтаназию. В Российском законодательстве отсутствует нормативно-правовой документ, регламентирующий право пациента на отказ от реанимации.

Более того, врач несет персональную уголовную ответственность за негативные последствия и в том случае, если пациент отказался от медицинской помощи или медицинского вмешательства. Врач может быть привлечён к уголовной ответственности за то, что «недостаточно объяснил последствия» или «пациент не был способен трезво оценивать риски».

К сожалению, в российской практике даже нотариально заверенные заявления не являются для врачей, а в особенности для правоохранительных органов, основанием для прекращения реанимационных мероприятий.

Очень часто больные паллиативного профиля сталкиваются с ситуацией, когда врачи вынуждены проводить реанимационные мероприятия и подключать пациента к ИВЛ. Подключённые к ИВЛ пациенты остаются до конца своих дней в реанимационном отделении больными без поддержки и помощи своих близких и родных.

Вместе с тем во многих западных странах уже разработаны правовые механизмы решения данной проблемы. Так, например, в США гражданин может составить завещание на случай не-

дееспособности и отказ от реанимации (DNAR), в котором указана воля пациента относительно согласия или отказа проведения ему определенных реанимационных мероприятий.

Данная проблема затрагивает еще и экономические аспекты. Больные паллиативного профиля находятся в отделениях интенсивной терапии длительное время, средняя стоимость ежедневной терапии может составлять от 50 000 до 500 000 рублей. При этом реанимационные койки оказываются недоступны для больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи.

Выводы. Уровень развития паллиативной медицинской помощи в современной России находится на достаточно низком уровне в связи с несовершенством организационно-правовых основ системы оказания паллиативной помощи и негативными стереотипами отношения к смерти как естественному процессу, сформированными в отечественном менталитете.

В отечественной практике оказания паллиативной медицинской помощи существует правовое противоречие, вызванное, с одной стороны, правом прекращения реанимационных мероприятий при наличии достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, правом пациента отказа от медицинской помощи и уголовной ответственностью медицинского персонала за неоказание медицинской помощи в экстренной форме.

Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи, необходимость повышения уровня и качества жизни пациентов, страдающих неизлечимыми заболеваниями, и их родственников определяет необходимость разработки регламента действий медицинских работников при оказании экстренной и реанимационной помощи пациентам паллиативного профиля.

Литература.

1. Радушкевич В., Варвинский А.М., Чурсин А.А. Первый опыт обучения сердечно-легочной реанимации по европейской модели // Медицина критических состояний. 2004. № 5. С. 48.

2. Чурсин А.А. Использование опыта европейского совета по реанимации (ERC) при подготовке медицинского персонала к оказанию экстренной помощи // Медицина неотложных состояний. 2013. № 3 (50). С. 155-157.

3. Радушкевич В.Л., Чурсин А.А., Дежурный Л.И., Неудахин Г.В. Разработка российских стандартов (протоколов) первичного и расширенного реанимационных комплексов // Анестезиология и реаниматология. 2003. №4. С. 28.

4. Цардидис Е.А., Кошель В.И. Клинико-экономический анализ в оценке качества жизни пациентов // Актуальные вопросы современной медицины : сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-практической конференции с международным участием. Некоммерческое партнерство «Инновационный центр развития образования и науки», 2014. С. 35-36.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

С.С. Гафурова - магистрант, Б.М. Раджабова – молодой специалист, Н.М. Абдуллаева, М.Н. Меджидов

Кафедры физиологии и зоологии ФГБОУ ВО ДГУ и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г.Махачкала

Научные руководители - к.б.н., доц. Н.М. Абдуллаева, д.м.н., доц. М.Н. Меджидов

В научно-педагогической деятельности в настоящее время активно развивается компетентностный подход, актуализируется его теоретическое наполнение и практическое применение в образовательном процессе. Для того чтобы сохранить классические результаты в дидактике, а так же для их обогащения необходимо решение проблемы эквивалентных преобразований традиционных «знаний, умений и навыков» в компетенции, создание дидактических средств их формирования.

Данный подход требует получения результатов обучения в формате компетенций и компетентности. Оценивание результатов направлено на выявление:

- уровня и степени сформированности компетенций промежуточных результатов;
- уровня сформированности компетентности выпускника.

Оценка степени допускает количественное измерение, что в свою очередь позволяет находить оперативное управляющее воздействие на процесс обучения и выявлять динамику формирования результатов. Ввиду этого, актуальной является проблема определения и выявления новой структуры и логики учебных предметов, учебного материала в целом, в отдельных темах и разделах, так же применение количественного и структурного анализа диагностических средств. Безусловно, такая методология является признаком формирования и развития компетентностного подхода.

Основными категориями компетентностного подхода являются компетенции и компетентность. Формулировок этих понятий существует великое множество ввиду различных видов подходов и воззрений, целей и контекста, в которых данные определения используются. Большинство исследователей принимают определение компетенции, которое предложено в европейском проекте TUNING: компетенция - динамичное сочетание знания, понимания, навыков и способностей. Целью образовательных программ является Развитие данных компетенции. Структура компетенции включает в себя: 1) когнитивную компетенцию, знания и понимание; 2) функциональную компетенцию (навыки), – то, что человек должен уметь делать в сфере обучения, в трудовой сфере, или социальной деятельности; 3) профессиональные и личностные компетенции (способности) [1,2]. Если компетенция понимается как совокупность взаимосвязанных качеств личности, то «компетентность» характеризуется как сам субъект деятельности, определяется как владение, обладание человеком соответствующими компетенциями. Компетентность – это результат использования компетенций в профессиональной деятельности.

Опираясь на понимание компетентности как интегрального качества личности, выражающейся в успешно реализованной деятельности, введем определение интегративной компетенции. Интегративная компетенция – категория результата образования, формируемая посредством междисциплинарных связей содержательных компонентов полидисциплинарной подготовки специалиста с обогащением его личного опыта, применения педагогических технологий и культурой взаимодействия между всеми субъектами образовательной среды.

Структура интегративной компетенции специалиста с высшим образованием имеет составляющие : профессиональную (готовность, стремление трудиться в определенной сфере деятельности) и социально-психологическую (интегрированное сочетание знаний, способностей и установок, которые позволят человеку становиться профессионалом).

Несомненно, что компетентностная модель образования постепенно ведет к определенной перестройке понятийного аппарата теории педагогики. Для этого требуются необходимые условия к созданию оценочного инструментария, подготовительного (технологии диагностики компетенций) отбора и структурирования диагностируемого материала, проектирования структуры оценочных

средств, конструирования оценочных средств, экспертизы оценочных средств и корректировкой оценочных средств, диагностики компетенций и интерпретации результатов диагностики компетенций, использовании результатов диагностики компетенций в учебном процессе, средств контроля учебной деятельности. Изменения, происходящие в учебном процессе, под влиянием перехода на совершенно новую компетентностную модель образования, сказались на совершенствовании методов, форм и средств учебного процесса в сторону усиления их интегративного характера, переосмысливания их связей. В широком смысле специфика контроля качества и управление процессом формирования компетенций студентов заключается в переходе от узкоспециальных и слабо связанных между собой форм и методов обучения к их широкому и взаимосвязанному комплексу, который при правильной организации учебного процесса обеспечит оптимальность условий и эффективность результатов обучения – это ожидаемые и измеряемые конкретные достижения студентов и выпускников, выраженные на языке знаний, умений, навыков, способностей, компетенций, которые описывают, что должен будет в состоянии делать студент-выпускник по завершении всей или части образовательной программы [3].

Однако, несмотря на активную декларацию идей компетентностного подхода, их внедрение в педагогическую практику происходит медленно, что объясняется недоработанностью методического и диагностического инструментария, понятийно-терминологической структуры, корректного способа описания результатов обучения и явным противоречием между необходимостью объективной оценки уровня сформированности профессиональной компетентности студента и недостаточной разработанностью содержательных критериев, оценочных показателей и механизмов такой оценки на разных этапах профессиональной подготовки.

Для решения этой проблемы в педагогике еще не сложился единый подход, хотя практическая задача повышения эффективности обучения без внесения смысловой и терминологической точности этого понятия стала темой многочисленных исследований. Действительно, элементы знаний, проявляемые обучаемыми при решении учебно-практических и научно-исследовательских задач, при ответах на вопросы тестов, являются отражением сформированности соответствующих компетенций. На основании показателей сформированности выводятся критерии качества обучения и определяются максимальные значения управляемых факторов и осуществляется минимизация неуправляемых.

Язык компетенций является наиболее адекватным для описания результатов обучения, поэтому будем их рассматривать в компетентностном контексте. Характерной чертой современной педагогики является описательность её методик. Исследователь, изучая тот или иной педагогический процесс или явление, ограничивается, как правило, констатацией отдельных его сторон без какого-либо существенного количественного анализа изучаемого явления. Это и ведет к расплывчатости формулировок и выводов. Вряд ли собственные средства педагогики в состоянии решать актуальные задачи, которые сегодня стоят перед ней.

Применение в педагогике методов других наук может обогатить её только в том случае, если они будут преобразованы применительно к предмету и научному содержанию самой педагогики. Для более полного и точного исследования педагогических явлений, их теоретического анализа и выработки способов практического воздействия на учебный процесс в педагогику проник системно-структурный подход. Математическое моделирование в этом подходе выступает как один из приёмов исследования, облегчающих проникновение в сущность исследуемых явлений педагогики и определение их устойчивых закономерностей. Однако моделирование не сводится только к математическому, правомерно существование и качественных моделей.
От того, насколько объективно решается проблема математического описания дидактических задач, зависит успешность использования моделирования.

Мы не ставим себе задачей раскрыть все аспекты этой проблемы. К самым актуальным, на наш взгляд, относятся:
1) проблема измерений в педагогике;
2) математизация дидактических задач;
3) выбор математического аппарата, адекватного дидактическому явлению;
4) проблема границ применимости математических методов в решении дидактических задач.

Для оценки эффективности планирования и организации учебного процесса, применения дидактических материалов, использования технических средств обучения и т.п. в дидакти-

ческих исследованиях целесообразно и результативно использовать вероятностно-статистическое моделирование. Такие модели строятся для оценочных средств диагностирования степени сформированности интегративных компетенций.

Важно отметить отсутствие содержательных критериев и механизма объективной оценки уровня и степени сформированности компетентности обучаемых на разных этапах обучения. Качественное и количественное решение этой проблемы по сути своей составляет важный этап, без которого невозможно вести обсуждение специальных вопросов по решению задач внедрения компетентностно-ориентированного подхода в педагогику. Вместе с тем постановка и решение указанной проблемы не только несет в себе гносеологические функции решения рассматриваемой сложной и слабоструктурированной проблемы оценки сформированности компетенций, но составляет её методологическую основу, что позволяет исследовать проблему в четырех основных направлениях, связанных между собой единой логикой исследования.

1. Построение моделей (качественных) оценки уровня сформированности интегративной компетентности.

2. Построение математических моделей оценки степени сформированности интегративной компетентности.

3. Разработка средств контроля учебной деятельности, оценочного инструментария и процедуры измерений.

4. Приложение результатов в практике решения педагогических задач обучения при компетентностно-ориентированном подходе.

К основной задаче компетентностно-ориентированного подхода относится определение степени и уровня сформированности компетенций. Качественное решение этой проблемы применимо к выявлению уровня сформированности компетенций. Степень же сформированности компетенции является скрытым (латентным) параметром и непосредственно измерена быть не может. Она может быть оценена с определенной вероятностью. Поэтому при её оценивании следует использовать вероятностный подход.

Составной частью системно-структурного подхода является построение модели. На её основе, как следствие, строится критерий оценки уровня и степени сформированности интегративной компетенции. Поскольку при современном состоянии педагогической науки описан и определяется ограниченный набор количественных показателей, характеризующих отдельные стороны обучения и его результаты, именно ясные качественные критерии и позволяют определять уровень сформированности интегративной компетенции. Более поддающийся формализации подход, с построением математических моделей, применим к оценке степени формирования компетенций. Основные требования к оцениванию:

- оценивание должно быть валидным (результаты оценки должны соответствовать поставленным целям);

-оценивание должно быть надежным;

- оценивание должно быть корректным;

- оценивание должно быть развивающим (оценивать не только конечный результат, но и динамику его становления);

- оценивание должно быть своевременным (чтобы в нужный момент осуществлять управляющее воздействие на ход учебного процесса);

- оценивание должно быть эффективным (и с точки зрения требований к оценке в математической статистике, и выполнимым на основе выбранной модели оценивания).

Разработка критериев и параметров оценки качества обучения и дидактического инструментария для создания математических моделей построения оценок (комплект тестов, контролирующих программ, комплекс нестандартных задач, контрольных работ, творческих заданий и т. д.) осуществляется на основе отбора, оптимизации и структурирования содержания учебного материала. В настоящее время разработаны методики, позволяющие построить модель структуры учебного предмета. Зная структуру учебного материала, можно создать оптимальную систему заданий, отвечающих заранее выдвинутым требованиям. Очень важный момент здесь – оптимизация понятийного аппарата учебного материала. Учебный материал представляет собой сложную педагогическую систему, обладающую определенной структурой, которая поддается описанию через указание составляющих элементов и связей между ними. Для про-

верки валидности диагностического инструментария, при хорошо структурированном учебном материале, применимы математико-статистические методы экспертных оценок и вероятностно-статистические модели.

В основу новой методологической концепции учебных планов должна быть заложена ключевая идея о том, что сейчас на передний план ставятся вопросы сформированности компетенций. Все остальное – программы, учебное содержание, учебный материал, формы и методы обучения и т. д. - является средством для достижения необходимого уровня и степени сформированности компетенций. Исходя из такого аспекта теории компетентностного подхода, цель дальнейшего исследования заключается в разработке общей теории комплексных по своему составу интегративных компетенций, её научном обосновании и методологии апробации в учебном процессе.

Литература

1.TUNING PROJECT. Проект «Надстройка образовательных структур в Европе».

2. Аналитическая записка по итогам семинара “Методология выработки общего понимания содержания образовательных программ (учебных планов) и результатов обучения”, http://www.pandia.ru/text/77/193/30271.php

3. Байденко В.И. Выявление состава компетенций выпускников вузов как необходимый этап проектирования ГОС ВПО нового поколения: Методическое пособие. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2006.

СИСТЕМЫ ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

Б.М. Раджабова – молодой специалист,
Н.М. Абдуллаева, Р.А. Атаханов
Кафедры физиологии и зоологии ФГБОУ ВО «ДГУ» и философии и истории ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Научные руководители - к.б.н., доц. Н.М. Абдуллаева, к.э.н., доц. Р.А. Атаханов

Актуальность.

Обеспечение качества (QualityAssurance)[1] высшего образования не является чисто европейской проблемой. Во всем мире растет внимание к качеству и стандартам, что объясняется быстрым развитием высшего образования и одновременно повышением стоимости образовательных услуг для государства и людей. Европа намерена осуществить свою цель - стать наиболее динамичной и интеллектуальной экономикой в мире (Лиссабонская стратегия). Новые инициативы и требования, возникающие как в Европе, так и за ее пределами, интернационализация высшего образования, требуют ответной реакции. Формирование системы обеспечения качества, основанной на единых стандартах и рекомендациях, свидетельствует о возникновении настоящего европейского измерения в сфере обеспечения качества и должно усилить привлекательность европейского пространства высшего образования.

Формирование европейской системы обеспечения качества высшего образования

Обеспечение качества образования при формировании зоны европейского образования является одним из главных условий доверия, мобильности, мотивации студентов, совместимости и привлекательности европейского высшего образования.

В Европе исторически сформировались «английская» модель качества образования, которая базируется на внутренней самооценке академического сообщества, и «французская» модель, основанная на внешней оценке вузов с точки зрения ответственности перед обществом. В Европе пока отсутствует единая система институциональной оценки деятельности образовательных учреждений, аналогичная системе аккредитации в США. Однако в каждой стране существуют свои подходы к обеспечению и оценке качества высшего образования.

Европейская сеть гарантии качества в высшем образовании (ENQA) была создана в 2000

[1] Термин «QualityAssurance» включает процессы оценивания, аккредитации и аудита.

году. Основой ее создания стали пилотный проект «Европейский пилотный проект по оценке качества высшего образования» (1994-1995 гг.), материалы рекомендаций Еврокомиссии (98/561/ЕС от 24 сентября 1998) европейского сотрудничества в вопросах гарантии качества в высшем образовании и текст Болонской декларации 1999 года.

Для формирования системы обеспечения качества высшего образования в Болонском процессе министры стран-участниц в Берлинском коммюнике [1] от 19 сентября 2003 года поручили ENQA сотрудничество с Европейской Ассоциацией университетов (EUA).

Европейская Ассоциация высших учебных заведений, которые не являются университетами (EURASHE), и Европейское студенческое международное бюро (ESIB), которые образовали группу Е4, разработали «согласованные стандарты, процедуры и рекомендации по обеспечению качества». Разработанные стандарты и рекомендации –European Quality Assurance Standardsand Guidelines (ESG) были одобрены на конференции в Бергене в 2005 году [2].

Назначение ESG– оказать помощь и определить ориентиры как для высших учебных заведений при разработке собственных систем качества, так и для агентств, которые осуществляют независимые проверки. Кроме того, эти стандарты и рекомендации вносят свой вклад в создание общей основы для деятельности как учебных заведений, так и агентств по обеспечению качества.

4 марта 2008 в Брюсселе (Бельгия) был создан Европейский реестр обеспечения качества (EQAR), основателем которого стала группа Е4. Главным условием включения в реестр является соответствие ESG и ряд других критериев, определенных в докладе группы Е4 на конференции в Лондоне в 2007 году [3]. Целью деятельности EQAR является обеспечение прозрачной и доступной информации о надежных агентствах по обеспечению качества образования, работающих в Европе, а также содействие мобильности студентов и повышение доверия к высшим учебным заведениям.

Гарантии качества образования в Украине

Интеграция Украины в европейскую систему обеспечения качества высшего образования началась довольно давно. Присоединившись к Болонскому процессу, Украина взяла на себя обязательство проводить работу по приведению качества национального образования в соответствие с европейскими стандартами.

Немалая работа в этом направлении в Украине уже проведена. Кабинетом Министров Украины принято Постановление от 31.12.2005 г. № 1312 «О неотложных мерах по внедрению внешнего независимого оценивания и мониторинга качества образования», которым утверждено Положение об Украинском центре оценивания качества образования (УЦОКО). Начиная с 2008 года, все поступающие будут зачисляться в вузы по результатам внешнего тестирования. С целью дальнейшего развития национальной системы образования, обеспечения качества высшего образования и его интеграции в европейское и мировое образовательное сообщество приказом Министра образования и науки Украины №612 от 13.07.2007. утвержден «План действий по обеспечению качества высшего образования Украины и ее интеграции в европейское и мировое образовательное сообщество на период до 2010 года».

4 марта 2008 в Брюсселе (Бельгия) Украина стала полноправным правительственным членом Европейского реестра обеспечения качества (EQAR). Это стало важным шагом Украины в направлении обеспечения европейского уровня качества высшего образования.

20 марта 2008 Указом Президента Украины № 244/2008 «О дополнительных мерах по повышению качества образования в Украине», кабинету министров Украины поручено проработать в двухмесячный срок вопрос о создании в 2008 году системы мониторинга качества образования и участия Украины в международных сравнительных исследованиях качества образования.

Однако Украина в сфере обеспечения качества высшего образования пока отстает от общеевропейского уровня. По данным инвентаризации выполнения группой стран-участниц требований Болонского процесса на 2007 год [4], Украина получила по индикаторам качества образования оценку 3,5 по пятибалльной шкале при общей оценке стран-участниц по этому показателю - 4,1.

Гарантии качества образования в Англии

Стратегические цели миссии QAA заключаются в том, чтобы защитить стандарты и

улучшить качество образования. Оно поддерживается 4 стратегическими целями, которые могут быть обобщены следующим образом: для удовлетворения потребностей студентов и оценивания ими; для защиты стандартов в более разнообразном секторе; улучшения качества образования; улучшения общественного понимания высшего образования Великобритании [5].

В Великобритании был принят Кодекс качества высшего образования (код качества), призванный заменить другой набор руководств (так называемая «Академическая Инфраструктура») в 2012 году в качестве основного ресурса для проверки на качество высшего образования Великобритании. Он устанавливает, «что высшие образовательные учреждения ожидают от себя», и «то, что студенты могут ожидать от них». Кодекс состоит из трех частей: Часть А: Установка и поддержание академических стандартов; Часть В: Обеспечение и повышение качества обучения; и Часть С: Информация о высшем образовании. Части А и В разделены на ряд глав, посвященных конкретным темам. Каждая глава, а также часть С, содержит одну обязательную «оценку» посредством «индикаторов хорошей практики»[6].

Кодекс качества был подготовлен в ходе двухлетнего процесса консультаций (2011-13), и обновление его продолжается, при этом каждая глава предлагается в проекте для консультаций, если требуется ее пересмотр [7].

Часть А, которая фокусируется на стандартах, содержит две основы для квалификаций высшего образования [8], которые определяют, какие навыки и качества студенты должны иметь на разных уровнях высшего образования (эти уровни отличаются в Шотландии от остальной части Великобритании, так как в Шотландии они являются частью шотландской системы кредитов и квалификаций). Они отдельно указаны в качестве основы для квалификаций высшего образования в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии и в рамках квалификаций высших учебных заведений в Шотландии. В то время как Уэльс и Шотландия имеют встроенные академические кредиты [9] и квалификационные рамки, [10,11], Англия имеет отдельный статус, также поддерживаемый QAA [12].

В части В основное внимание уделяется качеству «возможности обучения» [13]. Этот показатель включает в себя все: начиная от обучения и помощи студентам в библиотечном доступе, заканчивая выявлением мнений студентов о своем опыте образования.

Часть С требует от университетов публиковать достоверную и надежную информацию о своих курсах, в которой излагаются ожидаемые и реализуемые показатели [14].

Высшие учебные заведения могут использовать код качества в сочетании с их собственными внутренними стандартами качества, с учетом методических инструкций [15] и других руководств для разработки программ обучения высших степеней образования (в том числе академических степеней). Это помогает им убедиться, что их учебные программы в Великобритании соответствуют стандартам качества. Эксперты QAA также используют код качества, проверяя соответствие ожидаемым результатам обучения, когда они проводят свои опросы. Если организация не достигает ожидаемых параметров, группа экспертов будет учитывать проблемы и рекомендовать механизмы их устранения. Кроме того, основная ответственность за качество обучения лежит на университете или на колледже. Высшие учебные заведения имеют свои собственные внутренние процедуры обеспечения качества, которые позволяют им регулярно проверять, что стандарты и качество, наряду с информацией, которую они предоставляют о своих курсах, соответствуют ожидаемым требованиям, принятым в Великобритании. QAA обеспечивает внешний обзор, чтобы информировать студентов, правительство и общественность, как поставщики образовательных услуг выполняют свои обязанности.

Чтобы сделать это, QAA использует экспертную оценку, а также имеет ряд методов обзора, адаптированных к типу или региону поставщика образовательных услуг на стадии рассмотрения. Все методы обзора используют код качества как ориентир, наряду с другими принятыми критериями и рекомендациями. В целях обеспечения информации, которой пользуются студенты, QAA назначает, по крайней мере, одного студента в каждой комиссии, принимает письменные представления от студентов и устраивает встречи с группами студентов. QAA сотрудничает с Национальным союзом студентов (NUS), университетами Великобритании и GuildHE для подготовки студентов к работе в подобных комиссиях.

Каждый отчет содержит суждения относительно того, выполнены ли требуемые показатели качества. Категории, в которых эти суждения сделаны, отражают три части Кодекса каче-

ства (по стандартам, качество – в том числе улучшение или «усиление» качества и общественной информации). Отчеты содержат рекомендации по тем пунктам, где считается необходимым или желательным улучшение. В свою очередь учебные заведения должны показать, чего они добились по этим пунктам к моменту следующего пересмотра. По итогам комиссии институты могут также получить благодарность, если они превысили показатели качества. В дополнение к мнениям и рекомендациям, отчеты также приводят примеры для подражания. И рекомендации и примеры становятся доступными в поисковых базах данных на веб-сайте QAA. Каждое учреждение, как правило, инспектируется каждые шесть лет.

Гарантии качества в Российской Федерации

АККОРК (Агентство по общественному контролю качества образования и развитию карьеры) создано в 2004 г. на базе Московской финансово-промышленной академии. Данное агентство осуществляет процедуры международной аккредитации образовательных программ в соответствии с Европейскими стандартами и рекомендациями по гарантиям качества образования ENQA, а также с учетом европейской рамки квалификаций и лучших российских и зарубежных образовательных практик. Аккредитационный центр АИОР (ассоциации инженерного образования России) создан в 2002 г. на базе Томского политехнического университета и осуществляет общественно-профессиональную аккредитацию образовательных программ в области техники и технологии. Партнерство агентств гарантии качества из разных стран в оценке и аккредитации программ высшего образования выступает мощным средством и стимулом развития академической и профессиональной мобильности, повышения сопоставимости периодов обучения и присваиваемых квалификаций, гибкости структуры учебных планов и программ и, в конечном итоге, совершенствования качества высшего образования. Данные тенденции и процессы пока еще слабо выражены в России. Перед каждым российским вузом стоит задача сделать свои квалификационные степени понятными и признанными не только студентами и работодателями в своей стране, но и привлекательными для иностранных граждан и организаций, поскольку экспорт образования превратился в исключительно выгодный вид бизнеса. Этой цели можно достичь только через целенаправленные действия по интернационализации высшего образования, включающие мобильность студентов и преподавателей, интернационализацию учебных планов и программ, создание международных вузовских сетей и соглашений о сотрудничестве, использование международных систем контроля качества и аккредитации.

Участие в экспертизе представителей европейских и российской систем высшего образования обеспечивает комиссии возможность анализировать деятельность аккредитуемых программ как в русле общеевропейских тенденций гарантии качества высшего образования, так и в контексте Российской образовательной системы [30,31].

Комиссия оценивает образовательную среду на факультетах и институтах, анализирует состояние инфраструктуры, уровень научных достижений, проводит встречи с преподавательским составом, со студентами, выпускниками и работодателями. Работа проходит в сжатые сроки в интенсивном режиме интервью со всеми участниками образовательного процесса – от руководства вуза до студентов.

Такой режим работы позволяет руководству вузов принимать оперативные корректирующие решения. Участие международного эксперта в работе комиссии позволяет дополнительно посмотреть со стороны на организацию учебного процесса и систему качества образования, что оказывается полезным при разработке последующей стратегии развития университета. Российским вузам необходимо выходить на международные аккредитации своих программ, чтобы сделать качество предлагаемых образовательных продуктов более высоким, а рынок – более конкурентным. Но следует отметить, что международная аккредитация – это масштабная задача, требующая значительной концентрации усилий всего вуза. Чтобы быть признанным на международном уровне российскому вузу необходимо повышать академическую мобильность и профессиональную компетентность профессорско-преподавательского состава, необходимо расширять возможности для прохождения преподавателями педагогических, научно-педагогических и научных стажировок в других вузах, в том числе и зарубежных, необходимо мотивировать личностный и профессиональный рост преподавателей вуза, необходимо чаще проводить конференции, мастер-классы и семинары с участием представителей зарубежной академической общественности, необходимо повышать уровень языковой и про-

фессиональной подготовки студентов, а для этого необходимо активно привлекать зарубежных преподавателей к чтению курсов по профильным дисциплинам (на иностранном языке), необходимо развивать студенческую мобильность, необходимо содействовать участию студентов в программах академического обмена с зарубежными вузами. Система международной аккредитации является новой для российских вузов. Поэтому важно убедить участников в ее ценности по сравнению с государственной аккредитацией. Международная аккредитация не противопоставляется государственной аккредитации вуза, а естественным образом дополняет ее. России нужно активнее привлекать экспертов из других стран для аккредитации. Чем глубже и разностороннее будут развиваться отношения между национальными системами гарантии качества, тем успешнее аккредитация будет способствовать развитию российского образования. Вхождение отечественных вузов в европейское пространство высшего образования – это открытие новых горизонтов для студентов, преподавателей и административного состава вузов, возможности более широкого обмена идеями и наиболее эффективным опытом в области повышения качества образования[32].

Международная аккредитация – это знак качества и процесс всесторонней оценки качества образования.

При оценке качества образования следует выделить следующие положения:

1. Оценка качества не сводится только к тестированию знаний учащихся (хотя это и остается одним из показателей качества образования).

2. Оценка качества образования осуществляется комплексно, рассматривая образовательное учреждение во всех направлениях его деятельности.

Гарантия качества или управление качеством, решаемое в первую очередь путем использования мониторинга качества, означает поэтапное наблюдение за процессом получения продукта, чтобы удостовериться в оптимальном выполнении каждого из производственных этапов, что в свою очередь, теоретически предупреждает выход некачественной продукции.

Принимая во внимание вышеупомянутые понятия, можно сказать, что следующие элементы являются частью системы мониторинга качества образования:

а) установление стандарта и операционализация: определение стандартов;

б) операционализация стандартов в индикаторах (измеряемые величины);

в) установление критерия, по которому возможно судить о достижении стандартов;

г) сбор данных, оценка результатов;

д) действия: принятие соответствующих мер, оценивание результатов принятых мер в соответствии со стандартами.

Мониторинг качества образования может осуществляться непосредственно в образовательном учреждении (самоаттестация, внутренний мониторинг) или через внешнюю по отношению к образовательному учреждению службу, утверждаемую, как правило, государственными органами (внешний мониторинг).

При формировании образовательных стандартов целесообразно руководствоваться плюралистическим видением содержания и цели стандартов (как стандартов содержания образования, так и стандартов конечного результата, который достигнут обучающимся). Нормативы, относящиеся к условиям, обеспечивающим успешное выполнение стандартов, определяются как нормативы обеспечения «процесса» образования. Примером таких нормативов является наличие необходимого числа учебников и квалифицированных преподавателей, соответствующего материально-технического обеспечения учебного процесса и т.д.

Таким образом, образование предполагается оценивать как результат и процесс деятельности каждого учебного заведения со стороны контроля уровня знаний и умений обучающихся (одновременно педагогическим коллективом и внешними, государственными органами), так и со стороны контроля, оценки деятельности преподавателей.

Литература.

1. Communiqué of the Conference of Ministers responsible for Higher Education inBerlinon 19 September 2003. «Realising the European Higher Education Area» // www.bologna-berlin2003.de/pdf/Communique1.pdf

* В 2007 году переименован в ESU - Европейскую студенческий союз.

2. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area // www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050221_ENQA_report.pdf

3. Report to theLondon Conference Of Ministers On A European Register Of Quality Assurance Agencies // www.enqa.eu/pubs.lasso
4. Bologna Process Stocktaking London 2007 // www.dfes.gov.uk/londonbologna/
5. "QAA strategy 2011-14". Qaa.ac.uk. Retrieved March 6,2014.
6. "The UK Quality Code for Higher Education". Qaa.ac.uk. Retrieved March 5, 2014.
7. "Ongoing development of the Quality Code". Qaa.ac.uk. Retrieved March 5, 2014.
8. "Quality Code, Part A: Setting and maintaining academic standards". Qaa.ac.uk. Retrieved March 6, 2014.
9. "Academic credit". Quality Assurance Agency for Higher Education.Retrieved 26 July 2014.
10. "Credit and Qualifications Framework for Wales". Welsh Government.Retrieved 26 July 2014.
11. "The UK Quality Code for Higher Education". Qaa.ac.uk. Retrieved March 5, 2014.
12. "Ongoing development of the Quality Code". Qaa.ac.uk. Retrieved March 5, 2014.
13. "Quality Code, Part A: Setting and maintaining academic standards". Qaa.ac.uk. Retrieved March 6, 2014.
14. "Academic credit". Quality Assurance Agency for Higher Education.Retrieved 26 July 2014.
15. "Credit and Qualifications Framework for Wales". Welsh Government.Retrieved 26 July 2014.
16. "QAA recommendations knowledgebase". Qaa.ac.uk. Retrieved March 6, 2014.
17. "The framework". Scottish Credit and Qualifications Framework.Retrieved 26 July 2014.
18. "Credit framework for England". Qaa.ac.uk. RetrievedMarch 6, 2014.
19. "Quality Code, Part B: Assuring and enhancing academic quality". Quality Assurance Agency for Higher Education.Retrieved 26 July 2014.
20. "Higher education empirical research database". Qaa.ac.uk. Retrieved March 5, 2014.
21. "Subject benchmark statements". Quality Assurance Agency for Higher Education. Retrieved 26 July 2014.16.
22. "Driving improvements through research". Qaa.ac.uk. February 2014.Retrieved March 6, 2014.
23. "QAA resources for improving higher education". Qaa.ac.uk. Retrieved March 5, 2014.
24. "INQAAHE website". Inqaahe.org. Retrieved March 6, 2014.
25. "QAA's partnerships". Qaa.ac.uk. Retrieved March 6, 2014.
26. Электронный ресурс: http://www.eqar.eu
27. "Degree awarding powers and university title". Qaa.ac.uk. Retrieved March 6, 2014.
28. "How Access courses are regulated". Accesstohe.ac.uk. Retrieved March 6, 2014.
29. McClaran, Anthony (June 17, 2010). "Celebrating 20 years of Access to HE". Speech delivered to British Medical Association. Qaa.ac.uk. Retrieved March 6, 2014.
30. Внешняя экспертиза вуза. URL: http://www.akvobr.ru/vneshnaja_ekspertiza_vuza.html
31.Мотова Г.Н., Наводнов В.Г. Российская система государственной аккредитации: перспективы.URL:http://www.akvobr.ru/rossiiskaja_sistema_gosudarstvennoi_akkreditacii_perspektivy.html
32. Сагинова О.В. Проблемы и перспективы интернационализации высшего образования. URL: http://www.edit.muh.ru/content/conf/Saginova.htm

Оглавление

ТЕРАПИЯ 5

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА Х.И. Ибрагимова – аспирант, С.Н. Маммаев *5*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА, ВОЗРАСТА, ФАКТОРОВ РИСКА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Д.З. Панахова - клинический ординатор 8

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ А.Т. Бейбалаева - аспирант, А.М. Каримова - ассистент *15*

РОЛЬ ID ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН Э.А. Касаева– ассистент, С.Н. Маммаев *17*

ИШЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ Д.З. Панахова - клинический ординатор *18*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ (СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ИНТЕРНИСТА Л.Н. Мусаева - клинический ординатор, А.С. Абасова *20*

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1β И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Д.С. Акбиева. – ассистент *22*

ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНОЙ И РАВНИННОЙ МЕСТНОСТИ А.И. Рамазанова – молодой ученый *23*

АНАЛИЗ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Х.З. Зайналова – интерн *25*

СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХСН О.А. Александрова – ассистент, В.С. Мацукатова – ассистент *27*

ВЛИЯНИЕ ТИПА ПИТАНИЯ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Е.А. Андреева– ассистент, О.А. Александрова– ассистент *28*

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Л.А. Пилипович – ассистент, А.С. Анопченко – ассистент *29*

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК, ИНТЕРФЕРОН-ИНДУЦИРУЕМЫЙ ПРОТЕИН-10 И МОНОЦИТАРНЫЙ ХЕМОТАКСИЧЕСКИЙ ПРОТЕИН-1 У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Н.Б. Ханмурзаева – молодой ученый, С.Н. Маммаев, С.Б. Ханмурзаева – молодой ученый *30*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА М.А. Абдуразакова– аспирант *33*

АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЫХАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ (В III ТРИМЕСТРЕ) Р.М. Максимова– студентка 4 курса лечебного факультета, К.А. Магомедова – ассистент, З.М. Тагиров - аспирант *37*

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН С.М. Абдурахманова – студентка 5 курса лечебного факультета *40*

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СООТВЕТСТВИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ Ш.Г. Мужаитова – студентка 4 курса лечебного

факультета *42*

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ В ДАГЕСТАНЕ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ А.Р. Омарова – студентка 4 курса лечебного факультета *43*

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ 46

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ Л.А. Гаджиева, А.М. Джанмурзаева, В.Н. Азизханова – молодые ученые *46*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Д.А. Акаева – студентка 5 курса лечебного факультета, И.Б. Гамзалов – аспирант, Н.Б. Гамзалова – аспирант, К.Т. Билалова – студентка 4 курса стоматологического факультета *50*

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ Л.А. Гаджиева– аспирант, А.М. Джанмурзаева – аспирант, В.Н. Азизханова – студентка 6 курса лечебного факультета *52*

ХИРУРГИЯ 55

ПРИМЕНЕНИЕ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА Н.М. Магомедов – ассистент *55*

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА Н.М. Магомедов – ассистент *56*

ПЕДИАТРИЯ 58

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДГБ №1 Р.М. Манапова – аспирант *58*

ВЛИЯНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ У ДЕТЕЙ Р.М. Манапова - аспирант *59*

СТРУКТУРА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ПО ДАННЫМ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДРКБ ЗА 2015-2016 Г.Г. С.З. Ибрагимова - интерн *61*

СОСТОЯНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ А.М. Абакарова - аспирант, С.В. Сулейманова - ассистент, Абу Алруб Нимер - студент, И.М. Ибрагимов - студент *63*

ОСОБЕННОСТИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА МОЧИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ П.И.Алиева, К.Р.Шахбанова - студентки 5 курса педиатрического факультета *65*

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ 67

DETECTION CAPABILITIES OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN CHILDREN Gozel Mirzeyeva, Huseynli Zehra, Prof.I.Isayev *67*

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ 68

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ М.М. Магомедова - аспирант *68*

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА А.Б. Магомедова - аспирант *70*

АНАЛИЗ РЕФРАКЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ И АБЕРРАЦИЙ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЛАЗА В ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ А.А.-Г.Алиев, М.М. Нурудинов - аспирант *73*

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КЕРАТОКОНУСА. ОДНОВРЕМЕННЫЙ T-CAT EPILASIK В СОЧЕТАНИИ С АКСЕЛЕРАТИВНЫМ КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ А.М. Агмадов– ассистент, Г.Ф. Байрамова - студентка 6 курса лечебного факультета, Э.Ф. Байрамова - студентка 4 курса лечебного факультета 75

РАЗРАБОТКА АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ЛИЦ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Л. А. Биячуева – студентка 3 курса лечебного факультета, М.И.Исмаилов, К.А. Гафуров 77

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ 80

ПРОБЛЕМА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) Д.А. Курбанова - аспирант, Н. С.-М. Омаров - д.м.н., проф., С.-М. А. Омаров - д.м.н., профессор, Т.Х.-М. Хашаева - д.м.н., проф. Х. М. Омарова - д.м.н., профессор 80

ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ З.А. Курбанова - аспирант, Н. С.-М. Омаров - д.м.н., профессор, Х. М. Омарова - д.м.н., профессор 82

ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НА КОСТНУЮ МАССУ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ М.А. Идрисова - аспирант 86

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА Д.У.Таибова, А.К.Гамзаев, Ф.М. Гиравова, Л.М. Хабибулаева - аспиранты 89

ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ П.А.Махтибекова , З.М., Касумова , А.М. Меджидова - аспиранты 90

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР И КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ М.А. Идрисова - аспирант 91

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ Т.С. Магомедова - ординатор, М.А.Идрисова ,Серажудинова Д.А., Т.А. Кулиева - аспиранты 93

СТОМАТОЛОГИЯ 96

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПУЛЬПОСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА Д.А. Останина - студентка 4 курса стоматологического факультета 96

ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРУЕМОЙ КСЕРОСТОМИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ А.А. Духовская – студентка 4 курса стоматологического факультета, А.В. Митронин 97

ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА XP-ENDO FINISHER ПРИ УДАЛЕНИИ СМАЗАННОГО СЛОЯ М. А Корчагина - студентка 4 курса стоматологического факультета 98

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Г.И. Алекберова - аспирант, Г.Ф. Ямалетдинова - канд. биол. наук, преподаватель 99

СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КАППОВЫХ АППАРАТОВ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ДЕТЕЙ С.В. Дмитриенко, Д.С. Дмитриенко, В.В. Шкарин 100

ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ КАПП ПРИ ПОДВИЖНОСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ С.В. Дмитриенко, В.В. Шкарин, А.В. Кокарева, Д.С.

Дмитриенко *102*

ПАТОЛОГИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГУБ Т.С. Чижикова, Т.В. Чижикова, В.В. Тимирчева *104*

ВЛИЯНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Т.С. Чижикова, Т.В. Чижикова, В.В. Тимирчева *107*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИРИНЫ ЗУБНЫХ ДУГ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МЕТОДОВ ПОНА И ЛИНДЕР-ХАРТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ В.В. Шкарин *109*

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗМЕРОВ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ С ДИАГОНАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В.В. Шкарин *112*

РЕОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА И ЛЕЧЕБНЫХ ПРОТОКОЛОВ ВРАЧА - СТОМАТОЛОГА ТЕРАПЕВТА (ВСТ) КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО РАБОТЫ М.А. Нарчаев - ассистент, М.Н. Меджидов *115*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН С.А. Османова – ассистент, Меджидов М.Н.118

МИКРОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ МЕТОДОМ ИНФИЛЬТРАЦИИ [1] А.Ф. Алимирзоев - студент 5-го курса стоматологического факультета, [1] М.Н. Меджидов, [2] Н.Д. Меджидова *120*

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ АКВАКОМПЛЕКСА ГЛИЦЕРОСОЛЬВАТА ТИТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА [1] С.Р. Саругланов – молодой специалист, [1] М.Н. Меджидов [2] Н.Д. Меджидова *121*

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ А.З. Закарьяев – аспирант, М.Н. Меджидов, [2] Н.Д. Меджидова *122*

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ А.З. Закарьяев– аспирант, [1] М.Н. Меджидов, Н.Д. Меджидова *124*

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА Н.Б. Гамзалова - аспирант *125*

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДАГГОСМЕДУНИВЕРСИТЕТА [1] С.Р. Саругланов – молодой специалист, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, М.Н. Меджидов, Н.Д. Меджидова, Х.Г. Мусалов *125*

ПАРНО-ЛИНЕЙНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕКЛОВОЛОКОННО КОМПОЗИТНОЙ ШИНЫ Р.Р. Магомедов - студент 5 курса стоматологического факультета, А.З. Фаталиева - ассистент, Ю.Н. Кажлаев *126*

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ ПОЛОСТИ РТА А.Р. Меджидова - студентка 5 курса стоматологического факультета, А.З. Фаталиева - ассистент, Ю.Н. Кажлаев *128*

МЕТОД ЭЛЕКТРОМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОКЛАДОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА А.М. Саидова - студентка 5 курса стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев *131*

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОРОПОТЕНЦИАЛОВ ПОЛОСТИ РТА Р.Р. Магомедов - студент 5 курса стоматологического факультета, А.З. Фаталиева - ассистент, Ю.Н. Кажлаев *133*

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС УЧАЩИХСЯ ШКОЛЫ №1 Г. МАХАЧКАЛЫ Д.А. Гаджиев, А.Н. Акавов, А.Ф. Алимирзоев - студенты 5 курса стоматологического факультета *135*

ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДИМОСТИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ МЕЖЗУБНЫХ СОСОЧКОВ ВО ВРЕМЯ УЛЫБКИ. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЫСОКОЙ, СРЕДНЕЙ И НИЗКОЙ УЛЫБКИ Г.М.-А. Будайчиев– клинический ординатор, Т.А. Абакаров *136*

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦЕЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ Ш.Р. Махмудов – молодой ученый, Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.М. Аталаев *137*

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА ПРИ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ И ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ А.Н. Акавов, Д.А. Гаджиев – студенты 5 курса стоматологического факультета *138*

ПРИМЕНЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА Э.Д. Шихнабиева – к.м.н., ассистент *142*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОФИСНОГО И ЭНДОКАНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, Г.М. Курбанова – студентка 5 курса стоматологического факультета *144*

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ 4-5 КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДГМУ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, З.К. Махмудова – ассистент, Р.Т. Кафаров - ассистент *146*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОЛОРИТА ВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ Г.М.-А. Будайчиев, клинический ординатор, М.Н. Меджидов *147*

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭМАЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ 30% ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА Х.М. Абдуллаева – студентка 4 курса стоматологического факультета, М.А. Султанова *149*

ПОБОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОЛОРИТА Х.М. Абдуллаева – студентка 4 курса стоматологического факультета, М.А. Султанова *149*

АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ПОДБОРА ЦВЕТА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ А.И. Горелова – студентка 4 курса стоматологического факультета, К.А. Гафуров *151*

ЗНАЧЕНИЕ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ (НА ПРИМЕРЕ ОПЕРАЦИИ РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ) Ш. З. Омаров - ассистент *154*

МОДИФИКАЦИЯ МАТРИЦЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБОВ М.Г. Шахаев - молодой специалист, Э.Г. Шахаева - студентка 2 курса стоматологического факультета, Г.Ш. Шахаев - ассистент *156*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ М.Г. Шахаев - молодой специалист, Э.Г. Шахаева - студентка 2 курса стоматологического факультета, Г.Ш. Шахаев - ассистент *157*

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ 159

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН С.Б. Ханмурзаева - молодой ученый, Б.А. Абусуева , Н.Б. Ханмурзаева -молодой ученый *159*

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ДАГЕСТАНЕ К.Б. Манышева – аспирант, Р.Д. Будаева – студент, М.Д. Шанавазова – ассистент, М.А. Аскевова – старший лаборант *161*

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА *163*

У БЕРЕМЕННЫХ М.З. Абакаров – студент 5 курса стоматологического факультета, К.Б. Манышева – аспирант *163*

«ВЕСЕЛЯЩИЙ ГАЗ» (ЗАКИСЬ АЗОТА) – ПРИЧИНА В12-ДЕФИЦИТНОЙ МИЕЛОПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Н. А. Шахманаева - студентка 4 курса лечебного факультета *164*

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ 168

К ВОПРОСУ О СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛО- И АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА Д.Р. Рагимова – студентка 6 курса лечебного факультета ДГМУ *168*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА З.М. Джалалова - студентка 5 курса лечебного факультета *170*

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ 172

ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ Исаева Ф.М., Исадибиров И.Ш. – студенты 6 курса лечебного факультета *172*

ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ Исадибиров И.Ш., Исаева Ф.М. – студенты 6 курса лечебного факультета *173*

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ПОДРОСТКОВ А.А. Абакаров – аспирант *174*

ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ 176

ПРОФИЛАКТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРКОМАНИИ КАК ФАКТОРА РАЗРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ С. Р. Шамсиева – ассистент *176*

ПОДРОСТОК И РЕЛИГИЯ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ РЕЛИГИОЗНОГО СОЗНАНИЯ М.А. Балахмедова − студентка 6 курса педиатрического факультета *179*

AFFECTS OF FAMILY FEATURES IN THE SCHIZOPHRENIA PATIENTS TO THE PROGRESS OF DISEASE Ulvi Alashrafov, Dr. Ikram Rustamov *180*

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 181

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНО-АНТРОПОГЕННЫХ И ЭКОГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗОНЕ ГИДРОСТРОИТЕЛЬСТВА П.М. Ибнумасхудова − ассистент, А.М. Абасова − студентка 5 курса медико- профилактического факультета, Ш.М. Абдуразакова, З.А. Ахмедова, З.Р. Шихкеримова - студентки 4 курса медико-профилактического факультета *181*

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЙОНАХ С ВЫСОКОЙ СТРЕССОГЕННОЙ НАГРУЗКОЙ П.М. Ибнумасхудова − ассистент, А.М. Абасова − студентка 5 курса медико-профилактического факультета, Р.А. Иманшапиев, Ш.М. Таймасханов - студенты 3 курса педиатрического факультета *183*

НЕКОТОРЫЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАСПИЙСКОГО МОРЯ М.А. Акаев − студент 1 курса педиатрического факультета *185*

ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ И ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫХ ОРГАНОВ К.Я. Шугаева, Н.Б. Ханмурзаева, А.А. Далгатова − молодые ученые *187*

СМЕРТНОСТЬ ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН З.М. Гасанова– аспирант, К.Р. Акмурзаева – аспирант *188*

УРОЛОГИЯ 191

ВЛИЯНИЕ СОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ЭНДОТОКСИКОЗ, МИКРОФЛОРУ МОЧИ И

ЦИТОКИНОВЫЙ КОМПЛЕКС СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ А.М. Арбулиев, А.С. Магомедов, С.С. Маллеев, А.С. Айдемиров *191*

РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ П.Н. Гусниева, К.М. Арбулиев, Н.М. Гусниев, А.Г. Гамзатов *193*

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ 195

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ О ПРОБЛЕМАХ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТОДАХ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ Велиева Э.Э. – студентка *195*

THE PATHOGENESIS OF DIABETIC NEPHROPATIA. THE ROLE OF BLOOD AND LYMPH IN INTRAVASCULAR COAGULATION Novruzlu Gandab Nizameddin - student of medical faculty196

VIOLATION OF LIPID METABOLISM IN THE PATHOGENESIS OF DIABETIC NEPHROPATHY Garaisali Kamila *196*

THE PRINCIPLES OF CLINICAL APPLICATION OF ULTRA-LONG-ACTING BASAL INSULIN IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS Sarkhan Hasanli *197*

ОНКОЛОГИЯ 198

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ МЕТОДОМ БРАХИТЕРАПИИ НА БАЗЕ ЧОКОД ЗА 2014-2016 ГОДЫ О.В. Берсенева, А.А. Ерыгина, В.В . Черноусов. студенты *198*

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 199

МНЕНИЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ А.Р. Эфендиев, М.А. Гамзаева, Ф.Б. Адигюзелов - аспиранты *199*

РОЛЬ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ А.Р. Эфендиев, М.А. Гамзаева, Ф.Б. Адигюзелов. - аспиранты *202*

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К УЧАСТКОВЫМ ВРАЧАМ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ М.А. Гамзаева, Ф.Б. Адигюзелов, А.Р. Эфендиев. - аспиранты *204*

КУРЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Ф. А. Рамазанова, С.Р. Гаджиев, М.Г. Качаева, А.Р. Омарова. – студенты *207*

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ М.Г. Качаева, С.Р. Гаджиев, Ф.А. Рамазанова, А.Р. Омарова. - студенты *209*

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НЕКОТОРЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ З.А. Гасанова. – студентка 5 курса лечебного факультета *212*

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА 215

МОРФОМЕТРИЯ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ЧЕЛОВЕКА А.М Абдулкеримова, З.И. Абусинова, С.Р. Гаджиев - студенты стоматологического факультета *215*

MORPHOLOGICAL AND CRANIOMETRIC DIVERSITY OF EYE SOCKETS IN DIFFERENT FORMS OF FACIAL SKELETON Namazova Sevinj İmran *215*

МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ 216

РОЛЬ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Р.С. Ахмедова – аспирант *217*

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ M. BOVIS ОТ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ

ДАГЕСТАН С.А. Алиев, Р.З. Маммаев - студенты 3 курса лечебного факультета *218*

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МИКРОБНЫХ ПЛЕНОК НА РАЗЛИЧНЫХ СУБСТРАТАХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С.А. Гаджиева - студентка 4 курса *220*

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Л. Уруджева, П. Батимирзаева - студенты 3 курса педиатрического факультета *221*

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ..... 221

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНЕ ЗОБНОЙ ЭНДЕМИИ А.Т. Тучалова аспирант, А.С. Абдулхаликов, А.Г. Магомедов, И.Г.Ахмедов *222*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КОЖИ К.М. Гаджимурадова – студентка 4 курса лечебного факультета *223*

THE OPPORTUNITIES OF THE ATOMIC FORCE MICROSCOPY DURING THE STUDY CELL MEMBRANE OF THE COLON CANCER Pashayeva Esmira Ruslan - 601 b *226*

ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОГНОЗИЯ 228

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И КАЧЕСТВО АПИПРЕПАРАТОВ Д.М. Исаева - студентка 4 курса лечебного факльтета *228*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ КУПЫРЯ ЛЕСНОГО [1] М.С. Бабаян, [2] В.Н. Леонова - к.ф.н., преподаватели *229*

PHARMACOGNOSTIC STUDY OF LAGONYCHIUM FARCTUM B Valida Nasibli - author . *232*

ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАВЫ МЕЛИССЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С.А. Нигарян - студент *232*

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПЛЕНКИ С ЭКСТРАКТОМ ЛИСТЬЕВ ДУБА ОБЫКНОВЕНОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА А.В. Литвиненко – студентка 5 курса *234*

ОБЩАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ 236

БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ДЕЙСТВИИ НИКОТИНА С.Э. Нагиева, Ф.Э. Исмаилова - ассистенты *236*

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН Т.С. Раджабов – студент 2 курса лечебного факультета . *238*

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ПОЛОСТИ РТА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОГО МАСС-СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА Ю.А. Островский– студент 2 курса лечебного факультета, Т.П. Вавилова *241*

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ А.В. Минаев – преподаватель . *242*

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА 244

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY AND PATOPSYCHOLOGY FEATURE OF SUICIDE IN WOMEN Fidan Suleymanli, Nargiz Mushtagzade, Ramil Huseynzade, Orkhan Isgandarov - authors *244*

МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ 245

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭХИНОКОККОЗОМ У ДЕТЕЙ В ДАГЕСТАНЕ Д. Г. Хайбулаева – студентка 1 курса педиатрического факультета *245*

ИЗУЧЕНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА НА ТЕРРИТОРИИ ДГМУ С.И. Саликова - студентка 1 курса педиатрического факультета *246*

СОХРАНИМ ЛЕС ЖИВЫМ А.Х. Ибрагимов - студент 1 курса педиатрического факультета *247*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 250

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОСОСУДИСТОГО РУСЛА БРЫЖЕЙКИ КРЫС ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ К.Я. Шугаева, Н.Б. Ханмурзаева, А.А. Далгатова - молодые ученые *250*

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА БИОФЛАВОНОИДОВ ИЗ РАСТОРОПШИ ПЯТНИСТОЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В МОЗГЕ КРЫС ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ Ш.И. Чалабов - магистр, Х.Б. Бабирова – студент *251*

БИОФИЗИКА 253

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПО ЧАСТОТЕ ПУЛЬСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ З.М. Гасанбекова - студентка 1 курса лечебного факультета *253*

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОГЕННЫХ УСТРОЙСТВ В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ К.В. Корх - студентка 1 курса лечебного факультета, К.А. Гафуров *254*

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ 255

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВУЗЕ (ОПЫТ ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА) И.А. Гаджимагомедова, Е.Н. Мизина – молодые специалисты, Э.Ш. Гусейнова *255*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА НА ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ Б.М. Раджабова. – молодой специалист *256*

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ 258

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ Е.А. Миллер, магистрант *258*

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ 261

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ С.С. Гафурова - магистрант, Б.М. Раджабова – молодой специалист, Н.М. Абдуллаева, М.Н. Меджидов *261*

СИСТЕМЫ ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ Б.М. Раджабова – молодой специалист, Н.М. Абдуллаева, Р.А. Атаханов *264*

ISBN 978-5-4326-0091-2

Под авторской редакцией

Сдано в набор 24.05.17 г. Подписано в печать 03.06.17 г.
Формат 60х84 1/8. Бумага офсетная. П. л. 18,5.
Тираж 50. Заказ №111.

Издательско-полиграфический центр ДГМУ
Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1.