АПНИ

АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ISSN 2413-0869

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

ПЕРИОДИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ СБОРНИК

ПО МАТЕРИАЛАМ XXII МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ Г. БЕЛГОРОД, 31 ЯНВАРЯ 2017 Г.

2017
№ 1-3

АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(АПНИ)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

2017 ● № 1, часть 3

Периодический научный сборник

по материалам
XXII Международной научно-практической конференции
г. Белгород, 31 января 2017 г.

ISSN 2413-0869

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

2017 • № 1-3

Периодический научный сборник
Выходит 12 раз в год
Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС 77-65905 от 06 июня 2016 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Учредитель и издатель:
ИП Ткачева Екатерина Петровна
Главный редактор: Ткачева Е.П.
Адрес редакции: 308000, г. Белгород, Народный бульвар, 70а
Телефон: +7 (919) 222 96 60
Официальный сайт: issledo.ru
E-mail: mail@issledo.ru

Информация об опубликованных статьях предоставляется в систему **Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)** по договору **№ 301-05/2015 от 13.05.2015 г.**

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статей. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте: **www.issledo.ru**

По материалам XXII Международной научно-практической конференции «Современные тенденции развития науки и технологий» (г. Белгород, 31 января 2017 г.).

Редакционная коллегия

Духно Н.А., д.ю.н., проф. (Москва); ***Васильев Ф.П.,*** д.ю.н., доц., чл. Российской академии юридических наук (Москва); ***Датий А.В.,*** д.м.н. (Москва); ***Кондрашихин А.Б.,*** д.э.н., к.т.н., проф. (Севастополь); ***Котович Т.В.,*** доктор искусствоведения, проф. (Витебск); ***Креймер В.Д.,*** д.м.н., академик РАЕ (Москва); ***Тихомирова Е.И.,*** д-р пед. наук, проф., академик МААН, академик РАЕ, Почётный работник ВПО РФ (Самара); ***Алиев З.Г.,*** к.с.-х.н., с.н.с., доц. (Баку); ***Стариков Н.В.,*** к.с.н. (Белгород); ***Ткачев А.А.,*** к.с.н. (Белгород); ***Шаповал Ж.А.,*** к.с.н. (Белгород)

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ» **6**

Авзалов А.Н., Шигабутдинова И.М., Гафурова М.М. ИЗУЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ЛИЦ, ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ГОРОДА ИЖЕВСКА 6

Асанов Б.К., Молдоташова А.К., Кабылов Ю.С. НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ 8

Габдрахманова А.Ф. ОНКОЛИТИЧЕСКИЕ ВИРУСЫ В ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ 13

Гукасян Е.Л., Евдокимова Л.Л. ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА 16

Гурина С.И., Никонова А.В., Емелина Е.С., Корецкая Е.А. СЪЁМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ 18

Гяургиев Т.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ И ХРОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ 21

Датий А.В. ДАННЫЕ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ МУЖЧИН ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КЛИНИКИ ОАО «МЕДИЦИНА» 26

Елисеева Н.В. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ 28

Ильенкова Н.А., Степанова Л.В. АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ЗАБОЛЕВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 30

Ильенкова Н.А., Чикунов В.В. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ 32

Кабылов Ю.С. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 34

Карпин В.А., Полухин В.В., Коваленко Е.В. ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 37

Киселева И.В., Лисина М.В. ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ОЖИРЕНИЕМ НА БАЗЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ 39

Кобринчук К.Ю., Емелина Е.С., Пылайкина В.В., Емелина Г.В. НЕМЕДЛЕННАЯ НАГРУЗКА НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ 42

Кобринчук К.Ю., Никонова А.В., Емелина Е.С., Суворова М.Н. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД БЕЗМЕТАЛЛОВУЮ КЕРАМИКУ 45

Косолапкина М.С., Емелина Е.С., Пылайкина В.В., Фролова К.Е. ЗАМЕЩЕНИЕ ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ 48

Костычев Н.А., Макушкин А.В., Шулигина И.В. ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА 50

Костычев Н.А., Макушкин А.В., Шулигина И.В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОГЕННОЙ ИСТОЩАЕМОСТИ И КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ 53

Костычев Н.А., Перепелов А.В., Шулигина И.В. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 55

Котельников В.Н., Заяц Ю.В., Осипов И.О., Курпатов И.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОМ СТРЕССЕ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ИШЕМИИ 58

Креймер В.Д. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ МУЖЧИН КЛИНИКИ ОАО «МЕДИЦИНА» 61

Кузьменко А.В. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ 63

Миняйло О.Н. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 66

Миронов Е.В., Емелина Е.С., Пылайкина В.В., Корецкая Е.А. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 67

Молдоташова А.К., Черномазова Е.А., Мырзаимов Р.А. ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ МОНИТОРИНГА 70

Педай А.В., Никонова А.В., Емелина Е.С., Суворова М.Н. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПУТИ РЕШЕНИЯ 73

Полякова И.С. ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ CYP1B1 И CYP1A1 У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ 75

Рубцова Е.В., Полушкина Н.А., Чиркова Н.В., Вечеркина Ж.В. ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ПОЛИРОВОЧНОЙ ПАСТЫ «ПОЛИРПРО» ДЛЯ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ТЕРМОПЛАСТА 77

Сависько Ан.А. РИНОСИНУСИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИММУНОДЕФИЦИТАХ 81

Семелева Ж.А., Пылайкина В.В., Никонова А.В., Удальцова Е.В. ОСОБЕННОСТИ В ОБЩЕНИИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТАМИ 83

Сердюков М.А., Александрова А.К. ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ 85

Сердюков М.А., Ашуров Ф.А., Кчибеков Э.А. СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ – КАК МЕТОД, БЛАГОТВОРНО ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА 89

Симаганов А.Ю., Пылайкина В.В., Никонова А.В., Герасимова Т.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРНЕВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО СОХРАНЕНИЮ ЗУБОВ В КАЧЕСТВЕ ОПОРЫ ПОКРЫВНЫХ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ 92

Симаганов А.Ю., Пылайкина В.В., Никонова А.В., Удальцова Е.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ФИКСАЦИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ 95

Стагниева И.В. НЕЙРО-ИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ РИНОСИНУСИТЕ 97

Степанов Д.А., Максюков С.Ю., Степанова З.Е., Татьянченко В.К. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ФЛЕГМОН ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ И ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 100

Степанова З.Е., Серпионов С.Ю., Богданов В.Л., Красенков Ю.В. ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЫ 106

Стяжкина С.Н., Булдаков А.А., Глухова М.М. АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ДАННЫХ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ 112

Стяжкина С.Н., Николаева Д.С., Лопарева Э.Е., Бабич Е.В. КАРДИОСПАЗМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 114

Терегулова З.С., Терегулов Б.Ф. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЛИНЕЙНОГО (NLS)-АНАЛИЗА В СИСТЕМНОЙ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ 119

Тюкина Т.А., Дикова О.В., Шаповалова В.О. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИТОФЛАВИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 122

Фирсов М.С., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ 124

Черячукина Е.А., Авагян В.Н. ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛИЗМА В РОССИИ 130

Черячукина Е.А., Авагян В.Н. ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ 132

Чеснокова Н.Н. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 134

СЕКЦИЯ «ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ И КУЛЬТУРОЛОГИЯ» 138

Камова Р.М. К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ КУЛЬТУРЫ И ЦИВИЛИЗАЦИИ 138

Котович Т.В. ПОБЕДА НАД СОЛНЦЕМ: ФУТУРИСТИЧЕСКАЯ ОПЕРА – НАЧАЛО СУПРЕМАТИЗМА 140

Покачалов М.В. ПРОБЛЕМА КРИЗИСА ЕВРОПЕЙСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ В РАБОТЕ ОСВАЛЬДА ШПЕНГЛЕРА «ГОДЫ РЕШЕНИЙ»: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД 145

Цицишвили Ю.Г. ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕЖИССЕРСКОГО СТИЛЯ ЖАКО ВАН ДОРМАЛЯ (ЗВУКОВОЙ КОМПОНЕНТ) 147

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»

ИЗУЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ЛИЦ, ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ГОРОДА ИЖЕВСКА

Авзалов А.Н., Шигабутдинова И.М., Гафурова М.М.
студенты 403 группы лечебного факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

В статье рассматриваются ключевые факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии у лиц, прикрепленных к поликлинике города Ижевска в настоящее время. Изучение данной проблемы позволит разработать рекомендации по снижению основных факторов риска для внедрения их в профилактическую работу поликлинической службы.

Ключевые слова: здравоохранение, сердечно-сосудистая патология, факторы риска, профилактика.

В современном обществе болезни системы кровообращения являются одной из самых актуальных медико-социальных проблем. Являясь основной причиной заболеваемости, смертности и инвалидности населения страны, они вызывают наибольшее количество социальных и экономических потерь. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации суммарный экономический ущерб только от болезней системы кровообращения составляет около 1 трлн. рублей в год. Следует отметить, что за последние семь лет смертность от инсультов в России снизилась практически на 20%, при этом настораживает то, что с каждым годом возрастает число молодых людей и детей с этим заболеванием. Это приводит к трудоспособности населением, что в свою очередь приводит к еще большим экономическим потерям.

Разработка мероприятий по снижению преждевременной смертности от болезней системы кровообращения является важной практической задачей не только здравоохранения, но и всей социальной сферы. Несмотря на большие достижения в области диагностики и лечения, смертность от патологии сердца и сосудов по-прежнему находится в лидерах. Связано это с неуклонным ростом факторов риска и причин, приводящих к сосудистым катастрофам. В связи с этим необходимо провести детальный анализ основных факторов риска у лиц, страдающих болезнями системы кровообращения для дальнейшей разработки методов профилактики болезней кровообращения, внедрением их в практическую деятельность врача, освещению их в средствах массовой информации.

Основные факторы риска можно разделить на две группы: модифицируемые (коррегируемые) и немодифицируемые. К немодифицируемым относят факторы, на которые невозможно влиять: прежде всего, возраст (частота встречаемости болезней системы кровообращения прямо пропорционально возрасту, особенно после 60-65 лет), пол (у мужчин заболеваемость выше),

генетическую предрасположенность, принадлежность к определенной этнической группе. Коррегируемых факторов, по данным ВОЗ, существует более 300, но к наиболее значимым можно отнести артериальную гипертензию, гиперлипидемию, курение, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет, ожирение, гиподинамию. В многочисленных исследованиях доказано, что при коррекции данных фактором можно значительно снизить частоту сердечно-сосудистых патологий.

Исследование проводилось в городской поликлинике №10 г. Ижевска. В исследовании приняло участие 143 человека, мужчины и женщины от 17 до 82 лет. Методом исследования явилось анкетирование, измерение уровня глюкозы в крови экспресс методом. Путем анкетирования изучались возраст (до 30 лет, 30-40 лет, 40-50, 50-60 и старше 60 лет), наследственность (наличие родственников болезней системы кровообращения или внезапной смерти родственника (-ов) в трудоспособном возрасте), курение (если да, то сколько), фактор стресса (часто ли исследуемый испытывает стресс), питание (соблюдает ли анкетируемый правильное питание, если нет, то насколько его нарушает), наличие избыточной массы тела (если есть, то на сколько превышает нормальный вес), физическую активность, уровень артериального давления. За каждый вариант ответа исследуемый получал определенное количество баллов, после подсчета которых определялся в группу риска по болезням, связанным с системой кровообращения. Это группы с отсутствующим риском развития вышеуказанной патология, минимальным риском развития, явным, выраженным и максимальным риском развития болезни системы кровообращения.

В ходе исследования было выяснено, что доля лиц, входящих в группу повышенного риска развития болезни системы кровообращения, составляет 96.5 на 100 опрошенных. Среди исследуемых преобладает группа высокого риска, на которую приходится 56 на 100 опрошенных, и минимального риска: 25 на 100 опрошенных. В структуре группы высокого риска преобладают женщины: 52 на 100 опрошенных мужчин против 56 на 100 опрошенных женщин. В группе минимального риска преобладаю мужчины: 26 на 100 опрошенных мужчин и 25 на 100 опрошенных женщин. Охарактеризуем группу минимального риска: возраст от 50 лет, 33 на 100 опрошенных часто испытывают стресс, 76 на 100 опрошенных стараются соблюдать правильное питание, у родственников 50% опрошенных есть родственники в возрасте 40-50 лет, страдающих болезнями системы кровообращения. Основными факторами риска в группе с высоким риском развития патологии сердечно-сосудистой системы явились: возраст (88 на 100 опрошенных в возрасте от 50 лет, отягощенную наследственность по болезням системы кровообращения (66 на 100 опрошенных имеют родственников с заболеваниями сердечно-сосудистой системы). Так же к основным факторам риска относится курение (14 на 100 опрошенных курят более 10 сигарет в сутки), избыточная масса тела (57 на 100 опрошенных имеют избыточную массу разного количества), низкий уровень физической активности (у 40 на 100 опрошенных физическая активность низкая), артериальная гипертензия (44 на 100 опрошенных на

момент исследования имели артериальную гипертензию), стресс (90 на 100 опрошенных часто или периодами подвергаются стрессу).

Исходя из полученных результатов, были сделаны следующие выводы:

1) большая часть опрошенных имеет повышенный риск развития болезней системы кровообращения, среди которых лиц с явным риском: 57%;

2) основные причины повышения риска развития патологии сердечно-сосудистой системы: возраст старше 50 лет, отягощенная наследственность, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, частый стресс, низкий уровень физической активности.

Предлагаемые нами методы решения проблемы:

1. Для снижения риска возникновения сердечно-сосудистой катастрофы необходимо воздействовать на модифицируемые факторы риска. Для этого необходимо проведение санитарно-просветительской работы, направленную на освещение проблем болезней системы кровообращения. Нужно объяснять, насколько велика роль образа жизни при возникновении данных заболеваний.

2. Необходима организация досуга, повышение физической активности населения путем организации таких культурно-массовых мероприятий как лыжные забеги, велокроссы и так далее.

3. Необходимо популяризировать здоровый образ жизни. Для этого необходимо продвижение данной идеи в средствах массовой информации. Возможно участие авторитетных для населения лиц в передачах по телевидению, по радио с целью популяризации спорта, занятий физической культурой.

Список литературы

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.

2. Мешкова К.С., Гудкова В.В., Стаховская Л.В. Факторы риска и профилактика инсульта // 2013. №2 (19). URL: http://cyberleninka.ru/article/n/faktory-riska-i-profilaktika-insulta (дата обращения: 19.01.2017).

3. Мартыненко А.В. Здоровый образ жизни молодежи // 2004. №1. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/zdorovyy-obraz-zhizni-molodezhi (дата обращения: 18.01.2017).

4. Савельев В.Н., Ежова Н.Н., Гасников В.К. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению, медицинской информатике. Ижевск, 2008. 432 с.

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ

Асанов Б.К., Молдоташова А.К., Кабылов Ю.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан, г. Бишкек

Применение НПВС в ближайшем послеоперационном периоде сегодня является золотым стандартом при проведении хирургических операций в периоперационном периоде. Тем не менее имеются противоречивые мнения, касающиеся их связи с рядом небла-

гоприятных эффектов, таких как тошнота, рвота, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, формирование острой почечной недостаточности и др. Настоящий обзор позволяет сделать заключение о достаточном профиле безопасности кеторола и позволяет рекомендовать его, как препарат первой линии в монотерапии и в схемах мультимодальной анальгезии, при купировании периоперационной боли у пациентов хирургического профиля.

Ключевые слова: кеторол, кеторолака трометамин, инфулган (парацетамол), периоперационная анальгезия.

Интерес к амбулаторной хирургической помощи в последнее десятилетие имеет тенденцию к росту во всем мире в связи с развитием стационарзамещающих технологий. Важным фактором развития этой тенденции за рубежом является финансовая заинтересованность страховых компаний, дефицит госпитальных коек, доказанная фармако-экономическая результативность и, безусловно, пациентоцентрированный подход [11, 12, 13]. С разработкой малоинвазивных хирургических техник происходит внедрение не только новых препаратов, но и научно-обоснованных путей, позволяющих осуществить адекватную анестезиологическую защиту пациента, гарантировать его быстрое и комфортное восстановление в раннем послеоперационном периоде и возвращение к привычному образу жизни [17, 20, 21]. В связи с этим растет интерес специалистов к неопиодным анальгетическим средствам, как к препаратам выбора при кратковременном медицинском наблюдении. Наряду с активным развитием современной анестезиологии, в медицинском сообществе до сих пор не сложилось окончательного мнения об оптимальном виде антиноцицептивной защиты в послеоперарационном периоде. Имеются сторонники как регионарных методов обезболивания, так и общей анестезии [1-7], также широк и выбор препаратов и технологий для проведения послеоперационной анальгезии. Это связано, возможно, с отсутствием конкретных ориентиров, позволяющих объективно оценить достоинства и недостатки каждого из методов.

Обычно для оценки качества медицинской помощи используют анализ летальности, послеоперационных осложнений, сроки лечения и наличие или отсутствие жалоб пациентов. В последнее время среди оценочных параметров появились такие осложнения, как развитие инфаркта, острого нарушения мозгового кровообращения, повторная госпитализация [8, 10, 18]. Пристальное внимание стали уделять и таким факторам, как развитие послеоперационного делирия, послеоперационной боли, требующие пересмотра традиционной схемы, тошнота и рвота, головокружения, которые часто являются побочными эффектами применения анальгетиков; оценивается общая удовлетворенность пациента лечением [13, 14]. Одними из наиболее безопасных препаратов для купирования послеоперационного болевого синдрома в современной хирургии, считаются НПВС неселективного действия. Их эффективность зачастую превосходит селективные, а безопасность выше, т. к. зависит не только от выраженности ингибирования ЦОГ, но и от других фармакологических свойств препаратов. Например, имеет значение печеночная,

кишечная циркуляция, определяющая более длительный контакт препарата со слизистой желудочно-кишечного тракта, что приводит к увеличению гастроэнтерологической токсичности НПВС. В связи с этим неселективные НПВС с определенными фармакологическими свойствами (коротким $T^1/_2$, быстрым всасыванием и элиминацией, отсутствием печеночной рециркуляции) и «сбалансированной» активностью в отношении ингибиции ЦОГ-1 и ЦОГ-2 могут превосходить селективные ингибиторы ЦОГ по эффективности и не уступать им по безопасности. Одним из таких препаратов является кеторолака трометамин (Кеторол).

В сравнительном исследовании кеторолака трометамина (в дозе 180 мг по 60 мг на одно введение) с ацетаминофеном (в дозе 8 г по 2 г на одно введение), проведенном у взрослых пациентов после хирургических операций, оценивалась удовлетворенность послеоперационным обезболиванием и его эффективностью по визуально-аналоговой шкале [9]. Потребность в дополнительном введении препарата была одинаковой (в среднем у 15% пациентов), в то же время жалобы на тошноту в группе кеторолака были реже (11,9 против 16,7%). Оценка удовлетворенности обезболиванием также была выше в группе кеторолака (8,33 ± 1,9 в сравнении с 7,72 ± 2,4) в связи с более длительным анальгетическим эффектом. Авторами также отмечены риски, связанные с возможным развитием печеночной дисфункции у пациентов, получающих ацетаминофен, особенно у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

В сравнительном рандомизированном исследовании упреждающей анальгезии в амбулаторной практике P. Sethi с соавт. [18] исследовали эффективность тапентадола (опиоидный анальгетик центрального действия), этодолака (селективный ингибитор ЦОГ-2) и кеторолака. Было установлено, что 10 мг кеторолака были сравнимы по обезболивающему эффекту со 100 мг тапентадола и эффективнее 400 мг этодолака. Кроме того, нежелательными эффектами тапентадола были возможная остановка дыхания в начале приема и привыкание в дальнейшем, этодолака – гастроинтестинальные симптомы. Нельзя не отметить, что в современных рекомендациях по применению кеторола беременность и кормление грудью являются противопоказанием. В большинстве исследований, оценивающих безопасность и эффективность парентерального использования кеторолака трометамина для послеоперационного обезболивания, средняя частота развития нежелательных эффектов составляет около 1%. Среди них наиболее часто отмечается головная боль, тошнота, метеоризм, запор или диарея, головокружение, анемия, стоматит [17]. В большом постмаркетинговом исследовании с участием 10 тыс. пациентов, получавших кеторолака трометамин, риск развития серьезных побочных эффектов, таких как желудочно-кишечные кровотечения и абдоминальная боль, считался дозозависимым, с более высокой частотой происходящим у пациентов, которые достигли 65 лет, особенно при назначении ежедневных доз, превышающих 60 мг/сут более 5 дней.

Изучение механизма развития побочных эффектов при приеме НПВС является ключом к их сокращению. Так, одновременное применение кеторолака с ацетилсалициловой кислотой или другими НПВС однонаправленного

действия, препаратами кальция, глюкокортикоидами, этанолом может привести к образованию язв ЖКТ и развитию желудочно-кишечных кровотечений. Совместное назначение с парацетамолом повышает нефротоксичность, с метотрексатом – гепато- и нефротоксичность. Из-за его способности снижать продукцию простагландина, кеторолака трометамин может вызвать гастроинтестинальные симптомы и нефротоксический эффект и должен быть использован с осторожностью у пациентов с хроническими расстройствами этих органов и систем. Между тем в исследованиях, посвященных развитию нежелательных эффектов, отмечается, что наиболее частым среди них была тошнота. Авторы обращают внимание на то, что часто в ближайшем послеоперационном периоде сложно дифференцировать причины развития нежелательных эффектов, т. к. имеют место и факторы интраоперационной анальгезии и седации и продленной инфузии ряда наркотических анальгетиков с целью проведения мультимодальной анальгезии [18, 19].

Известно, что НПВС, благодаря синергизму с опиоидами при проведении контролируемой пациентами анальгезии, могут способствовать снижению дозы последних и тем самым ограничивать такие нежелательные эффекты, как тошнота и рвота. В исследовании S.Y. Kim с соавт. [14] пациенты после тиреоидэктомии были разделены на три группы: всем больным было введено по 12 мг селективного центрального блокатора рвотного центра ондансетрона, вместе с этим группа I дополнительно получила фентанил (15 мкг/кг), группа II – фентанил в дозе 12,5 мкг/кг и кеторолак (1,5 мг/кг), а в группе III вводился фентанил в дозе 10 мкг/кг и кеторолак (3 мг/кг). Оценивали интенсивность боли, наличие тошноты, рвоты и головокружения в первые 24 ч после операции.

Интенсивность послеоперационной боли была сходной во всех трех группах и не превышала допустимых величин, однако послеоперационная тошнота и рвота встречались значительно реже в группах II и III ($p < 0,05$), чем в группе I. Послеоперационное головокружение в III группе развивалось значительно реже, чем в группах I и II ($p < 0,05$).

Таким образом, кеторолак в сочетании с более низкими дозами опиоидного анальгетика фентанила и той же дозы ондансетрона был связан с той же эффективностью в отношении анальгезии, но менее выраженными нежелательными эффектами, а именно – тошнотой и рвотой после операции. Повышение доли НПВС и снижение опиоидов также было связано с меньшей частотой и интенсивностью послеоперационного головокружения. Те же результаты показало исследование Д.М. Сабирова с соавт. [8]. Кроме того, известно, что фактором риска угнетения функции дыхания у пациентов, получающих опиоиды, является их высокая доза и продолжительное применение, в связи с чем назначение кеторола в сочетании с интраплевральной анальгезией исключило необходимость применения опиоидов. Установлено наличие ряда преимуществ кеторолака трометамина перед опиоидами: минимальное влияние на кровообращение и дыхание, моторику желудочно-кишечного тракта, тонус сфинктеров при отсутствии наркогенного потенциала. Кроме того, свое основное анальгетическое действие НПВС оказывают в месте воз-

никновения боли, уменьшая локальные воспалительные явления, в то время как действие опиоидов резорбтивно.

Заключение

Высокий профиль безопасности кеторолака трометамина (Кеторола), доказанный в исследованиях, посвященных послеоперационному и периоперационному обезболиванию в больших международных исследованиях, позволяет рекомендовать его как препарат первой линии при купировании послеоперационной боли у пациентов хирургического профиля.

Список литературы

1. Большедворов Р.В. Анестезиологическое обеспечение периоперационного периода в амбулаторной хирургии: автореферат дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.20 / Большедворов Роман Викторович. М., 2010. 24 с.

2. Ибрагимов Н.Ю. Послеоперационный делирий и когнитивные нарушения у пожилых пациентов: факторы риска и профилактика. Диссертация ... к.м.н.: 14.00.37 / Ибрагимов Намаз Юсиф оглы. СПб., 2008. 114 с.

3. Криштопа Б.П., Горачук В.В. Организация внутреннего аудита в системе контроля качества медицинской помощи. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014, том 25, выпуск №4 (175).

4. Лихванцев В.В., Большедворов Р.В. Опыт анестезиолога и частота возникновения критических инцидентов в амбулаторной хирургии. Общая реаниматология, 2009. С. 75-78.

5. Овечкин А.М, Ефременко И.В. Нестероидные противовоспалительные средства как препараты патогенетической терапии острой послеоперационной боли. Хирургия, 2010.

6. Овечкин А.М., Ефременко И.В. Фармакотерапия острой послеоперационной боли, основанная на применении препаратов, воздействующих на NMDA-рецепторный комплекс. Анестезиология и реаниматология, 2013. С. 63-69.91.

7. Пригородов М.В., Садчиков Д.В., Пучиньян Ф.А., Вартанян Т.С. Предоперационный этап у пациентов высокого анестезиолого-операционного риска. Вестник интенсивной терапии, 2009. С. 72-76.

8. Сабиров Д.М., Акалаев Р.Н., Красненкова М.Б., Шарапов Ф.Э. Послеоперационная анальгезия Кеторолом у пациентов с закрытой травмой грудной клетки. Клинические исследования эффективности кеторола.

9. TBong Ha Heo, Ji Hun Park, Jung II Choi, et al. A Comparative Efficacy of Propacetamol and Ketorolac in Postoperative Patient Controlled Anallgesia. Korean J Pain, 2015. С. 203-209.

10. Conway SL, Mattews ML, Pesaturo KA. The role of parenteral NSAIDs in postoperative pain control. US Pharm, 2010. 35(5): HS16-HS20.

11. Dawkins TN, BarcLay CA, Gardiner RL, Krawczeski CD. Safety of intravenous use of ketorolac in infants following cardiothoracic surgery. Cardiol Young, 2009. С. 105-108.

12. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. Health Aff (Millwood), 2010. С. 1489-1495.

13. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patient perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. Ann Fam Med, 2011. С. 155-164.

14. Kim SY, Kim EM, Nam KH, Chang DJ, Nam SH, Kim KJ. Postoperative intravenous patient-controlled analgesia in thyroid surgery: comparison of fentanyl and ondansetron regimens with and without the nonsteriodal anti-inflammatory drug ketorolac. Thyroid, 2008. С. 1285-90.

15. Lafortune G, Balestat G, Durand A. Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how many surgical procedures performed as inpatient and day cases?

Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Health Division, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2012.

16. OECD Health Statistics 2014: Definitions, Sources and Methods [Electronic resource]. 2014.

17. Paschoal M, Souza J, Santos-Pinto L, Pansani C. Alternative Approach to the Management of Postoperative Pain after Pediatric Surgical Procedures. Int J Clin Pediatr Dent, 2014. C. 125-129.

18. Sethi P, Agarwal M, Chourasia HR. Effect of single dose pretreatment analgesia with three different analgesics on postoperative endodontic pain: A randomized clinical trial. J Conserv Dent, 2014. C. 517-521.

19. Southworth S, Peters J, Rock A, Pavliv L. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controled trial of intravenous ibuprofen 400 and 800 mg every 6 hours in the management of postoperative pain. Clin Ther, 2009. C. 1922-1935.

20. Street RL, Haidet P. How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. J Gen Intern Med, 2011. C. 21-27.

21. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns, 2009. C. 295-301.

ОНКОЛИТИЧЕСКИЕ ВИРУСЫ В ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Габдрахманова А.Ф.
студентка, Московский государственный университет
имени М.В. Ломоносова, Россия, г. Москва

В статье в качестве одного из возможных подходов к терапии злокачественных новообразований рассматриваются онколитические вирусы. Онколитическими вирусами, используемыми в онкологии, являются непатогенные или аттенуированные природные вирусы, способные инфицировать опухолевые клетки, не поражая при этом здоровые клетки человека. На основе вирусов создаются лекарственные препараты, которые успешно применяются в терапии злокачественных образований в настоящее время.

Ключевые слова: вирусный онколиз, онколитические вирусы, энтеровирусы, аденовирусы, герпесвирусы.

До начала XX столетия терапия онкологических заболеваний сводилась к хирургическому удалению опухоли. XX век ознаменовался открытиями в области онкологии и появлению альтернативных методов лечения, таких как радиотерапия, химиотерапия, иммунотерапия [8]. Несмотря на прогресс в борьбе со злокачественными новообразованиями, актуальным является поиск эффективных, менее токсичных и более точечных методов лечения.

Вирусный онколиз представляет собой принципиально новый подход к терапии онкологических заболеваний, основанный на естественной способности некоторых вирусов вызывать преимущественно гибель злокачественных клеток, оставляя здоровые клетки невредимыми [8].

На сегодняшний день, основные критерии, предъявляемые к онколитическим вирусам – эффективность в отношении гетерогенной и постоянно ме-

няющейся популяции опухолевых клеток, безопасность и неспособность поражать нормальные ткани.

Злокачественные клетки оказываются более чувствительными к действию онколитических вирусов по целому ряду причин.

1. Опухолевые клетки физически более доступны для вирусов по сравнению с клетками здоровой ткани. Опухоль представляет собой дезорганизованную структуру, для которой характерны сосуды с неполноценной, тонкой, хорошо проницаемой стенкой. Кровоснабжение опухоли обеспечивают быстрорастущие сосуды, эндотелий которых не имеет плотных контактов [4]. Подобная структура опухолевой ткани создает благоприятные условия для распространения вируса по опухоли, нежели по здоровой ткани.

2. Опухолевые клетки характеризуются неограниченным пролиферативным потенциалом. Вирусы используют ресурсы зараженной клетки, поэтому лучше размножаются в активно делящихся клетках, в которых присутствуют все ферменты, необходимые для репликации вирусного генетического материала и синтеза белков. Поэтому активно пролиферирующие раковые клетки – идеальные объекты для размножения вирусов.

3. Дефекты противовирусной защиты – интерфероновой системы – в опухолевых клетках. Интерфероны представляют собой группу секретируемых белков с противовирусным действием, играющих чрезвычайно важную роль во врожденном иммунном ответе. В опухолевых клетках нарушена экспрессия генов врожденного иммунитета как в пути активации синтеза интерферонов, так и в пути интерферон-зависимой передачи сигнала [10]. В итоге опухолевые клетки утрачивают способность синтезировать интерфероны I типа, а также отвечать на их действие, таким образом, становясь более чувствительными к действию вирусов, что является еще одной предпосылкой к селективному размножению вирусов в опухолевых тканях.

В настоящее время в качестве кандидатов для противоопухолевой терапии рассматриваются вирусы различных семейств: *Adenoviridae, Herpesviridae, Reoviridae, Parvoviridae, Picornaviridae, Poxviridae, Paramyxoviridae*. На основе некоторых из них уже разработаны онкотерапевтические препараты и допущены к применению у больных со злокачественными опухолями. Например, с 2005 года в Китае запатентован препарат Oncorine на основе генетически модифицированного аденовируса H101 для лечения злокачественных опухолей головы и шеи совместно с химиотерапией [5]. В октябре 2015 года в США зарегистрирован препарат Imlygic, также известный как Talimogene laherparepvec (T-VEC), на основе генетически модифицированного вируса простого герпеса I типа для лечения пациентов с неоперабельной метастатической меланомой. Вирус модифицирован таким образом, что реплицируется только в опухолевых клетках, инициируя тем самым процесс разрушения раковых клеток. Кроме того, в геном вируса вставлен ген (гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (GM-CSF)), который стимулирует противоопухолевый иммунный ответ [2].

Энтеровирусы человека из семейства *Picornaviridae* рассматриваются в качестве одного из наиболее перспективных агентов для противоопухолевой

терапии, так как многие представители энтеровирусов либо полностью непатогенны, либо вызывают неопасные для человека заболевания. Онколитической активностью обладают несколько представителей рода *Enterovirus*, включая вакцинные штаммы полиовирусов, эховирусы и вирусы Коксаки.

Для проникновения в клетку энтеровирусы используют различные поверхностные белки в качестве рецепторов и корецепторов. Установлено, что экспрессия этих молекул увеличена на поверхности раковых клеток.

Таблица

Вирусы человека и рецепторы/корецепторы клеток, с которыми они взаимодействуют

Вирус	Рецептор	Корецептор
вирус полиомиелита	CD155 (Necl-5 или нектин-подобная молекула-5)	-
вирус группы ECHO	CD55 (DAF, фактор ускорения распада комплемента)	β2-микроглобулин
вирус Коксаки группы А	CD55	интегрин ICAM-1
вирус Коксаки группы В	CD55	CAR (белок семейства иммуноглобулинов)

После взаимодействия со специфическими клеточными рецепторами вирусы проникают в клетку путем эндоцитоза. В дальнейшем по IRES-зависимому механизму инициации происходит CAP-независимая трансляция вирусного генома [10]. Продуктом трансляции РНК является молекула протеина-предшественника, которая подвергается последовательным расщеплениям вирусными протеазами с образованием структурных белков (VP1-VP4), РНК-зависимой РНК-полимеразы, протеазы и других неструктурных белков вируса [9].

В 2004 году в Латвии был зарегистрирован первый в мире препарат виротерапии рака RIGVIR для лечения меланомы. Вирусный препарат RIGVIR содержит живой, непатогенный, генетически немодифицированный энтеровирус ECHO-7. Вирус избирательно инфицирует опухолевые клетки (онкотропизм), размножается в них и уничтожает (онколизис) [1; 3].

С 2009 года проводятся клинические испытания препарата CAVATAK на основе вируса Коксаки А21 на больных злокачественными опухолями головы, меланомой, раком молочной и предстательной железы [7]. Перспективным направлением в исследовании онколитических свойств вирусов является создание генетически модифицированных штаммов вирусов. Так, был получен рекомбинантный штамм PV-RIPO, производное исходного штамма вакцинного полиовируса типа I Сэбина, который поражает только опухолевые клетки, экспрессирующие CD155 (рецептор полиовируса). Рекомбинантный полиовирус PV-RIPO успешно прошел доклинические испытания на обезьянах Cynomolgus, в скором времени планируется начать его клинические испытания [6].

Несмотря на возрастающий интерес к онколитическим вирусам, как к перспективным агентам в лечении злокачественных образований, следует особое внимание уделять вопросам безопасности. Это связано с тем, что ге-

ном вирусов относительно нестабилен, что не исключает возможности реверсии аттенуированного штамма вируса к дикому типу, или появлению нового патогенного штамма.

Список литературы

1. Alberts P. et al. Long-term treatment with the oncolytic ECHO-7 virus Rigvir of a melanoma stage IV M1c patient, a small cell lung cancer stage IIIA patient, and a histiocytic sarcoma stage IV patient-three case reports // APMIS. 2016. Vol. 124. №10. P. 896-904.
2. Andtbacka R.H. et al. Talimogene Laherparepvec Improves Durable Response Rate in Patients With Advanced Melanoma // J Clin Oncol. 2015. Vol. 33. №25. P. 2780-2788.
3. Donina S. et al. Adapted ECHO-7 virus Rigvir immunotherapy (oncolytic virotherapy) prolongs survival in melanoma patients after surgical excision of the tumour in a retrospective study // Melanoma Res. 2015. Vol. 25. №5. P. 421-426.
4. Dudley A.C. Tumor endothelial cells // Cold Spring Harb Perspect Med. 2012. Vol. 2. №3. P. a006536.
5. Garber K. China approves world's first oncolytic virus therapy for cancer treatment // J Natl Cancer Inst. 2006. Vol. 98. №5. P. 298-300.
6. Goetz C., Gromeier M. Preparing an oncolytic poliovirus recombinant for clinical application against glioblastoma multiforme // Cytokine Growth Factor Rev. 2010. Vol. 21. №2-3. P. 197-203.
7. Jarvis T.C., Kirkegaard K. Poliovirus RNA recombination: mechanistic studies in the absence of selection // EMBO J. 1992. Vol. 11. №8. P. 3135-3145.
8. Kelly E., Russell S.J. History of oncolytic viruses: genesis to genetic engineering // Mol Ther. 2007. Vol. 15. №4. P. 651-659.
9. Muller P.A., Vousden K.H. Mutant p53 in cancer: new functions and therapeutic opportunities // Cancer Cell. 2014. Vol.25. №3. P. 304-317.
10. Takeuchi O., Akira S. Innate immunity to virus infection // Immunol Rev. 2009. Vol. 227. №1. P. 75-86.

ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА

Гукасян Е.Л.
аспирант кафедры оториноларингологии,
Ростовский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ростов-на-Дону

Евдокимова Л.Л.
врач-оториноларинголог,
Медсанчасть МВД России по Ростовской области, Россия, г. Ростов-на-Дону

В статье освещена проблема дифференциальной диагностики острого риносинусита. Автором предложен метод определения соотношения IL-6/γINF у больных риносинуситом, который может являться дополнительным диагностическим критерием дифференциальной диагностики катарального и гнойного воспалительного процесса в околоносовых пазухах.

Ключевые слова: риносинусит, цитокиновый баланс, диагностика.

Острый риносинусит относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека [1, 2]. Согласно ICAR RS 2016 [3, 4] различают вирусный и бактериальный риносинусит.

В настоящее время практически не существует быстрых и точных методов, позволяющих проводить дифференциальную диагностику острого риносинусита [5, 6, 7, 8]. Вирусная инфекция активирует дифференцировку Т-клеток в Th-1, тогда как бактериальные антигены – в Th-2 [9, 10]. Основным маркером Th-1 иммунного ответа является γIFN. Основным маркером Th-2 иммунного ответа является IL-6, который является фактором дифференцировки В-клеток, в связи с чем его относят к цитокинам бактериального воспаления [11].

Высокие значения уровня IL-6 свидетельствуют о Th-2-опосредованной реакции. Высокие значения уровня γINF свидетельствуют о Th-1-опосредованной реакции. [13]. Абсолютные значения уровней этих цитокинов не позволяют произвести дифференциальную диагностику, и только величина соотношения уровня IL-6 к γINF отражает направленность иммунной реакции и позволяет осуществить дифференциальную диагностику острого риносинусита [14, 15].

Целью исследования разработка эффективного способа дифференциальной диагностики острого риносинусита.

Материалы и методы. Нами было обследовано 120 больных, госпитализированных с подтвержденным диагнозом острого риносинусита. Всем больным было выполнено полное клинико-лабораторное обследование, уровень цитокинов IL-6, INFγ. Контрольную группу составили 30 здоровых людей. Больные были распределены на три группы: 1 группа – пациенты с вирусным риносинуситом (43 пациента); 2 группа – пациенты с поствирусным риносинуситом (38 пациентов); 3 группа – с бактериальным риносинуситом (39 пациентов). У пациентов 1-й группы уровень IL-6 в сыворотке крови составил в среднем 15,85±1,05 пг/мл, уровень γINF – 54,21±2,18 пг/мл. Соотношение IL-6/γINF принимало значение 1,4 и менее. У пациентов 2-й группы уровень IL-6 в сыворотке крови составил в среднем 36,97±2,13 пг/мл, уровень γINF – 22,17±2,08 пг/мл. Соотношение IL-6/γINF принимало значение от 1,4 до 2,5. У пациентов 3-й группы уровень IL-6 в сыворотке крови составил в среднем 82,54±3,04 пг/мл, уровень γINF – 19,36±1,89 пг/мл. Соотношение IL-6/γINF принимало значение 2,5 и более.

Выводы. Определение соотношения IL-6/γINF у больных риносинуситом может являться дополнительным диагностическим критерием дифференциальной диагностики катарального и гнойного риносинусита. При значении соотношения IL-6/γINF менее 1,4 диагностируют вирусный риносинусит, при его значениях от 1,4 до 2,5 диагностируют поствирусный риносинусит, при значении более 2,5 диагностируют бактериальный риносинусит. Значение соотношения IL-6/γINF более 2,5 при остром риносинусите может быть дополнительным показанием к назначению антибактериальной терапии.

Список литературы

1. Бойко Н.В., Колесников В.Н. Клиническая ценность передней активной риноманометрии // Российская ринология. 2006. № 3. С. 4-7.

2. Бойко Н.В., Колесников В.Н., Писаренко Е.А. Гипоплазия верхнечелюстной пазухи // Российская ринология. 2012. Т. 20. № 1. С. 39-42.

3. Волков А.Г., Стагниева И.В. Острый и хронический фронтит: современный взгляд на проблему // Вестник оториноларингологии. 2012. № 6. С. 98-102.

4. Волков А.Г., Стагниева И.В., Ерошенко А.Ю. Значимость локального болевого симптома при фронтите // Вестник оториноларингологии. 2010. № 4. С. 38-40.

5. Волков А.Г., Стагниева И.В. Головная боль в области лба с точки зрения оториноларинголога // Российская ринология. 2007. № 4. С. 29-34.

6. Стагниева И.В., Гукасян Е.Л., Сагакянц А.Б. Нарушение нейроиммунной реактивности у больных риносинуситом // Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 25-28.

7. Волков А.Г., Гюсан А.О., Боджоков А.Р., Стагниева И.В., Хохлачев С.М., Узденова Р.Х., Давыдова Л.С. Анализ орбитальных и внутречерепных осложнений синуситов по некоторым стационарам Северного Кавказа // Российская оториноларингология. 2008. № 4. С. 57-61.

8. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Эффективность иммуномодулирующей терапии у больных риносинуситом // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № 5. С. 423-430.

9. Бойко Н.В., Стагниева И.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей // Российская ринология. 2012. Т. 20. № 4. С. 39-41.

10. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Роль цитокинов в патогенезе лицевой боли при риносинусите // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № S. С. 319.

11. Стагниева И.В. Вегетативная дисфункция в проявлении прозопалгий у больных с риносинуситами // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 67-69.

12. Стагниева И.В., Бойко Н.В. Головная и лицевая боль при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2014. № 3. С. 55-59.

13. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Значение цитокинового профиля в проявлении болевого симптома при риносинусите // Цитокины и воспаление. 2015. Т. 14. № 4. С. 29-34.

14. Стагниева И.В. Роль субстанции Р в патогенезе лицевой боли при риносинусите //Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 33-35.

15. Стагниева И.В. Лечение лицевой боли при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2015. № 1. С. 82-85.

СЪЁМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Гурина С.И.
клинический ординатор кафедры «Стоматология»,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Никонова А.В., Емелина Е.С.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Корецкая Е.А.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Преждевременное удаление зубов у детей зависит от зоны исследования, состояния стоматологической помощи и от плановой санации полости рта. Одним из главных этиологических факторов, как считают большинство авторов, связанных с формированием деформация зубных рядов является раннее удаление временных и постоянных зубов.

Ключевые слова: удаление, протез, челюсть, прикус.

Часто причиной удаления является осложненный кариес и травма. Существуют различные методики, ортопедические конструкции для возмещения дефектов зубных рядов у детей и подростков, но также имеются противоречивые мнения эффективности их применения и влияние на слизистую оболочку полости рта. По мнению многих авторов, наиболее распространенной методикой является изготовление съемных пластиночных протезов из акриловых пластмасс. Однако, акриловая пластмасса, содержащая в своем составе красители, замутнители, катализаторы и пластификаторы, может вызывать воспалительные и аллергические реакции [2, с. 20].

Причина потери зубов у детей является кариес и его осложнения, остеомиелит, воспалительные процессы, травмы. Преждевременной считается смена, которая произошла больше чем за один год до физиологической смены. В следствие чего происходят характерные функциональны и морфологические изменения. Примером таких изменений является смещение зубов мезиально, укорочение зубного ряда, ассиметричная деформация зубоальвеолярной дуги, возможно так же смещение нижней челюсти вперед, и в сторону.

Для замещения дефектов зубных рядов у детей используют в основном съемные пластиночные протезы. Зубочелюстное протезирование показано при адентии (частичной или полной), ретенции зубов, после ранней потери временных и постоянных зубов, при дефектах верхней зубной дуги, обусловленных одно- и двусторонним сквозным несращением верхней губы, альвеолярного отростка и нёба, а также при соответствующих показаниях для закрытия дефектов альвеолярного отростка и нёба при врожденной патологии или вследствие воспалительных, травматических или других повреждениях челюстей [3, с. 14-15]. Назначение протезов для детей в основном профилактическое.

Роль физиологического молочного прикуса заключается не только в жевании и речи, он способствует росту челюстей, их формированию как в горизонтальном, так и в вертикальном направлениях. За счет физиологического молочного прикуса происходит дальнейшее формирование и установление постоянных зубов в правильные зубные дуги. Вследствие чего, можно сделать вывод, что вовремя и качественно изготовленный съемный протез, должен служить показанием для детей, которые потеряли зубы в раннем возрасте. Дети, даже в раннем возрасте, легко привыкают к съемным протезам [1, с. 105]. Перед ортопедическим лечением необходимо провести рентгенографического исследования, ортопантомографию, оценить состояние имеющихся зубов, прикус, положение челюстей в покое и при функции, оценить степень развития зачатков, наличие для них места в зубном ряду. В связи с ростом челюстей съемные протезы заменяют во временном прикусе через 8-10 мес., в периоде смешанного прикуса через 10-12 мес., при постоянном прикусе через 1-1,5 года. По мере прорезывания постоянных зубов в протезе постепенно выпиливают пластмассу, а затем протез снимают. При адентии рекомендуют пользоваться съемными протезами: до 16 лет, а затем они могут быть заменены по показаниям на другие конструкции.

Частичные съемные пластиночные протезы можно применять из 3-летнего возраста. Пластиночные частичные съемные протезы изготовляют таким образом, чтобы базис охватывал последний зуб со стороны, противоположного дефекта. Края протеза не утончают, а наоборот, изготовляют утолщенными, чтобы предотвратить поломки. Дистальный предел протеза на верхней челюсти должен располагаться за вторым временным или первым постоянным моляром, ближе к линии А. Если базис изготовить короче, то ребенок легко языком перебросит его. Увеличенный базис протеза делает невозможным также его проглатывание.

Для замещения дефекта зубного ряда в переднем участке съемные протезы для детей имеют следующую особенность: передние зубы устанавливают «на приточке», поскольку искусственная десна может задержать рост альвеолярного отростка. Искусственную десну делают лишь тогда, когда это вызывается необходимостью. Например, если надо выдвинуть верхние фронтальные зубы вперед, чтобы создать перекрытие для нижних резцов или для исправления конфигурации липа [5, с. 65-67]. Искусственные зубы должны препятствовать зубоальвеолярному удлинению противостоящих зубов. Если дефект зубной дуги находится в боковом участке, то зубы устанавливают на искусственной десне. Заднюю границу съемных протезов заканчивают позади последних моляров. Протезы хорошо укрепляют с помощью различных кламмеров. Пользование протезами без фиксирующих приспособлений приводит к возникновению вредной привычки удерживания их языком и закреплению неправильного его положения. У детей чаще, чем у взрослых, приходится наблюдать выраженный небный валик (торус), препятствующий фиксации протеза. В этих случаях следует обходить торус, не покрывая его пластинкой, и делать закругленные «крылья», заканчивающиеся позади последних (пятых или шестых) зубов. Эти крылья служат средством для фиксации протеза.

Пациента и его родителей следует научить уходу за протезами и естественными зубами. На время сна протез надо снимать. После получения протеза для проверки правильности пользования им необходимо явиться к врачу через неделю, затем через месяц и далее в назначенный врачом срок для наблюдения и замены протеза новым [4, с. 22-25].

Рекомендовано применение съёмных пластиночных протезов из акриловых пластмасс у детей и подростков на этапах сформированного временного, сменного и постоянного прикусов: при отсутствии непереносимости акриловых пластмасс; при сочетанных дефектах зубных рядов в боковых и переднем сегментах; при дефектах зубных рядов, средней и большой протяженности, не сочетающихся с аномалиями и деформациями ЗЧС, требующими ортодонтической коррекции; необходимо проведение тщательного гигиенического ухода лечебно-профилактических конструкций и съёмных протезов в домашних условиях, а также дезинфекции и регулярной очистки в лечебных учреждениях с помощью ультразвуковых ванн.

Список литературы

1. Адамчик, А.А. Влияние современных конструкционных материалов на слизистую оболочку полости рта при лечении детей с дефектами зубов и зубных рядов: дисс. докт. мед. наук / А. А. Адамчик. Волгоград. 2008. – 206 с.

2. Азам, О.Б. Диагностика непереносимости протезов из акриловых пластмасс путём применения флоуметрического метода определения освобождения гистамина базофилами: автореф. дис. канд. мед. наук/ О.Б. Аззам. – 2003. – 23 с.

3. Алиева, Р. Распространённость аномалий зубочелюстной системы у школьников Азербайджана / Р. Алиева // Материалы II Международного конгресса стоматологов. Грузия, Тбилиси, 20-22 сент. – 2000. – С. 14-15.

4. Алимова, М.Я. Лечебно-профилактическое протезирование дефектов зубных рядов при преждевременном удалении временных моляров / М.Я. Алимова, А.В. Алимова // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. – № 1. – С. 22-25.

5. Емелина Г.В., Пылайкина В.В., Никонова А.В., Емелина Е.С. Современные методы диагностики в стоматологии. Современные тенденции в развитии науки и технологии. 2016. – №12-2. С.65-67.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ И ХРОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ

Гяургиев Т.А.
ассистент кафедры урологии, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Россия, г. Воронеж

В статье приведены данные исследования женщин с хроническим рецидивирующим бактериальный циститом в стадии обострения. Больные были разделены на две группы. Пациентки в группе сравнения получали стандартную терапию. Клиническая группа больных получала стандартную терапию в сочетании с фототерапией с использованием аппарата «Светозар» в акрофазу хроноритма. Произведена оценка изменений результатов клинико-лабораторных исследований, хронобиологического статуса пациенток, а также произведен сравнительный анализ отдаленных результатов терапии через 6 месяцев. По результатам исследования применение фототерапии аппаратом «Светозар» в пики хронобиологической активности больных в сочетании со стандартным лечением привело к более быстрому купированию клинических признаков заболевания и десинхроноза, а также уменьшению количества обострений за 6 месяцев после проведенной терапии, что позволило повысить их качество жизни.

Ключевые слова: хронический цистит, хроноритмы, фототерапия, хронотерапия.

Введение. Хронические рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей у женщин являются одной из наиболее обсуждаемых проблем современной урологии [1, 2]. Более 7 млн. женщин в мире ежегодно обращаются к врачу по поводу цистита [3]. В России почти у трети молодых женщин рецидив развивается в течение 6 месяцев; у 50 % больных инфекция рецидивирует чаще 3 раз в год [4].

Эффективность антибактериальной терапии в последние годы значительно снизилась. Причиной этому служит нерациональное использование препаратов [5], которое приводит к снижению чувствительности микроорганизмов и селекции резистентных штаммов [2]. В этих условиях обоснованным является растущий интерес к эфферентным методам лечения, таким как хронотерапия и фототерапия с использованием модулированного низкоинтенсивного светового (НИС) воздействия.

В настоящее время низкоинтенсивное световое излучение находит все большее применение в медицине [7]. Действуя на живые клетки, НИС способствует выработке эндотелий релаксирующего фактора NO, что улучшает микроциркуляцию в тканях. Кроме того, данный вид излучения, способствует снижению болевой чувствительности, за счет истощения пула нейромедиаторов на нервных окончаниях и блокировки передачи болевого импульса [4].

Сущность хронотерапии заключается в графическом определении времени максимального значения (акрофазы) хронобиологической активности каждой пациентки, и проведение лечебных процедур именно в это время [6, 8]. Оценка хронобиологических особенностей течения заболевания, в том числе хронического рецидивирующего бактериального цистита в стадии обострения, позволяет проводить более эффективную коррекцию патологического процесса и оптимизировать тактику лечения пациенток.

Материалы и методы. За период с сентября 2013 г. по сентябрь 2015 г. нами проведено обследование 60 женщин в возрасте от 19 до 50 лет с диагнозом: «Хронический рецидивирующий бактериальный цистит в стадии обострения».

Пациенты были разделены методом случайной выборки на 2 группы по 30 человек. Группы были сравнимы по демографическим и клиническим характеристикам.

В группе сравнения (ГС) была назначена стандартная терапия препаратом Фурамаг по 100 мг 3 раза в день в течение 5 дней. После окончания курса антибактериальной терапии для профилактики рецидивов пациенткам назначался препарат Монурель в дозировке 1 таблетка в день в течение 15 дней каждого месяца в течение 3 мес.

В клинической группе (КГ) проводилась стандартная терапия в сочетании с фототерапией в акрофазу хроноритма.

Каждой женщине было предложено ежедневное заполнение дневников мочеиспускания, по данным которых оценивались частота мочеиспускания, императивные позывы, ноктурия на 1-е 5-е и 10-е сутки. Произведена оценка интенсивности резей при мочеиспускании по 5-балльной вербальной шкале оценки боли на 1-е, 5-е и 10-е сутки.

Пациенткам проводилась ежедневная регистрация индивидуального хроноритма с использованием компьютерного комплекса «Динамика», по результатам которого выявлялось наличие десинхроноза.

Лабораторный мониторинг включал общий анализ крови (ОАК); общий анализ мочи (ОАМ), иммуноферментный анализ крови с определением С-реактивного белка.

С целью оценки отдаленных результатов через 6 месяцев после проведенной терапии были обследованы 16 пациенток группы сравнения, 15 пациенток КГ. Обследование включало регистрацию и анализ хронограмм, заполнение дневников мочеиспускания, лабораторные исследования, а также сравнительный анализ частоты рецидивов хронического цистита у пациенток исследуемых групп за 6 месяцев.

Результаты. При анализе хронограмм на 1-е сутки в группе сравнения у 24 (80%) пациенток кривые хроноритмов располагались в третьей зоне, у 6 (20%) во второй зоне, что свидетельствовало о наличии десинхроноза. В клинической группе количество хронограмм в третьей и во второй зонах составило 25 (83,3%) и 5 (16,7%) соответственно.

К 5-м суткам терапии в группе сравнения у 9 пациенток была отмечена нормализация хроноритмов, кривые располагались в первой зоне. У 14 (46,7%) и 7 (23,3%) графики хроноритмов располагались во второй и в третьей зонах соответственно. В клинической группе десинхроноз отсутствовал в 14 (46,7%) случаев. У 13 (43,3%) пациенток хронограммы располагались во второй зоне, у 3 (10%) – в третьей.

К 10-м суткам у всех пациенток клинической группы хронограммы были расположены в первой зоне, десинхроноз отсутствовал, тогда как в группе сравнения десинхроноз сохранялся в 10 случаях, хронограммы были расположены во второй зоне.

Результаты клинико-лабораторных исследований представлены в таблице 1.

При анализе хроноритмограмм через 6 месяцев после проведенной терапии десинхроноз был выявлен у 5 (31,25%) пациенток группы сравнения и у 1 (6,7%) пациентки в КГ. У остальных женщин десинхроноз отсутствовал.

Результаты клинико-лабораторных исследований в группе сравнения и клинической группе через 6 месяцев представлены в таблице 2.

Таблица 1

Сравнительная характеристика результатов клинико-лабораторных исследований в группе сравнения и клинических группах на 1-е, 5-е и 10-е сутки

Группы больных	Сутки терапии	Частота мик-ций	Количество императив-ных позывов	Частота ноч-ных мочеис-пусканий	Интенсив-ность боли, баллы	СРБ, мг/л	Лейкоциты мочи, в п/зр
Группа сравнения	1-е сутки	16,03±2,33	15,6±2,32	4,8±1,3	3,37±0,85	5,0±0,99	176,3±75,0
	5-е сутки	12,23±2,22*	11,93±2,12*	2,1±1,12*	1,57±0,94*	1,62±0,42*	40,2±13,93
	10-е сутки	4,9±1,06**	0,27±0,45**	0,23±0,43**	0,07±0,25**	0,04±0,02**	3,5±1,59
Клиническая группа	1-е сутки	16,7±2,27	15,3±2,1	4,8±1,27	3,33±0,84	5,0±1,13	171,3±70,3
	5-е сутки	9,1±2,55*#	8,7±2,26*#	1,5±1,11*#	0,57±0,68*#	0,04±0,02*#	15,5±7,47
	10-е сутки	5,0±1,17**	0,27±0,45**	0,33±0,48**	0,03±0,18**	0,04±0,03*#	3,4±1,59

#- достоверность различий с группой сравнения $p<0,05$
*- достоверность различий с 1-ми сутками терапии $p<0,05$
**-достоверность различий с 1-ми и с 5-ми сутками $p<0,05$

Таблица 2

Сравнительная характеристика результатов клинико-лабораторных исследований в группе сравнения и клинической группе через 6 месяцев после проведенной терапии

Группы больных	Частота микций	Количество императивных позывов	Частота ночных мочеиспусканий	Лейкоциты крови, $x10^9$/л	Лейкоциты мочи, в п/зр
Группа сравнения	5,3±1,18	0,1±0,3	0,53±0,68	7,18±1,72	6,97±5,7
Клиническая группа 2	4,27±1,34*	0,07±0,25	0,4±0,56	7,15±1,73	3,93±3,2*

Примечание: *-достоверность различий с показателями группы сравнения ($p<0,05$)

В группе сравнения через 6 месяцев бактериурия была выявлена у 4 (25%) пациенток. В 3 случаях при бактериологическом исследовании высеяна E.Coli, у 1 пациентки – St. Saprophiticus. У всех пациенток в КГ2 бактериурия не выявлена.

Среднее количество рецидивов в группе сравнения составило 1,97±0,91; тогда как КГ данный показатель был достоверно ниже и составил 0,5±0,76 ($p<0,05$).

Обсуждение. На наш взгляд более высокие показатели в группе пациенток, получавших стандартную терапию в сочетании с фото- и хронотерапией, связано с усилением положительного эффекта фототерапии на фоне максимальной активизации внутриклеточного обмена веществ и повышения функциональной активности тканей в пики психоэмоциональной и физиологической активности. При этом происходит улучшение местного кровообращения и уменьшение воспалительных явлений, приводящее к улучшению питания тканей и восстановлению их целостности.

Кроме этого, важное значение имеет выраженный анальгезирующий эффект фототерапии, в основе которого лежит блокирование передачи болевого импульса за счет повышения проницаемости пресинаптических мембран на нервных окончаниях нейронов и истощения медиаторов в синапсах при воздействии модулированного НИС.

Таким образом, результаты исследования продемонстрировали более высокую эффективность комплексного лечения хронического рецидивирующего бактериального цистита в стадии обострения с применением фототерапии в максимальные пики хронобиологической активности организма как в ходе терапии, так и при оценке ее отдаленных результатов.

Список литературы

1. Гяургиев Т.А. Оценка эффективности хронотерапии и фототерапии в комплексном лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/Т.А. Гяургиев, А. В. Кузьменко, Ж. В. Власова, М. Н. Химичева // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – №3, Т. 14. – С. 422-425.

2. Гяургиев Т.А. Тревожно-депрессивные расстройства у больных с хроническим рецидивирующим циститом в стадии обострения / Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, Д.В. Попов, Н.В. Курносова // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т.20, №4. – С. 128.

3. Гяургиев Т.А. Лечение больных с хроническим рецидивирующим циститом в стадии обострения в комплексе с фототерапией с использованием аппарата «Светозар»/

Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, В.М. Вахтель, П.А. Лукъянович // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т.13, №4. – С. 821-824.

4. Гяургиев Т.А. Морфометрический анализ эффективности хронотерапии и фототерапии в лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения / Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, А.Л. Лавренов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14, №3. – С. 477-481.

5. Кретов Р.С. Эффективность применения фототерапии у больных после операции на наружных половых органах/ Р.С. Кретов, И.В. Шабунова, А.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2015. – Т.14, №3. – С. 507-509.

6. Кузьменко А.В. Хронобиологические аспекты применения комплекса «Нейродоз» у больных с эректильной дисфункцией/ А.В. Кузьменко [и др.] // Урология. – 2014. – №4. – С. 312-315.

7. Кузьменко А. В. Оценка влияния различных видов литокинетической терапии на состав конкремента при мочекаменной болезни с использованием спектрального анализа / А.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, А.Ю. Титов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2015. – Т14, №3. – С. 540-543.

8. Кузьменко А.В. Хронобиологические аспекты применения пролита супер септо у больных инфекционно-воспалительными заболеваниями органов мочевыделительной системы/ А.В. Кузьменко [и др.] // Урология. – 2015. – №4. – С. 19-23.

ДАННЫЕ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ МУЖЧИН ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КЛИНИКИ ОАО «МЕДИЦИНА»

Датий А.В.
научный редактор, доктор медицинских наук,
ОАО «Медицина», Россия, г. Москва

В статье показаны результаты опроса пациентов мужчин гастроэнтерологического профиля клиники ОАО «Медицина». Дана оценка быстроты предоставления медицинской помощи и условий предоставления медицинской помощи.

Ключевые слова: медицина, медицинская помощь, гастрология, пациент.

Во втором полугодии 2016 года нами было опрошено 80 пациентов мужчин ОАО «Медицина». Оценивалась удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью. Опрашивались мужчины трудоспособного возраста от 25 до 60 лет по ранее апробированным нами анкетам [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Полученные нами результаты социологического исследования представлены в виде таблиц 1-2.

Таблица 1

Быстрота предоставления медицинской помощи

№	Время	Критерий оценки			
		Очень краткое	Краткое	Долгое	Очень долгое
1	Проведенное в зале ожидания	27,50 %	71,25 %	1,25 %	0 %
2	Проведенное в приемной врача	26,25 %	71,25 %	2,50 %	0 %
3	Ожидания испытаний	25,00 %	72,50 %	2,50 %	0 %

Таблица 2

Условия предоставления медицинской помощи

№	Условия	Критерий оценки			
		Отличные	Хорошие	Не очень хорошие	Плохие
1	Возможности назначить встречу	71,25 %	25,00 %	3,75 %	0 %
2	Приемные часы врача	65,00 %	30,00 %	5,00 %	0 %
3	Местоположение приемной врача	66,25 %	31,25 %	2,50 %	0 %

Полученные данные показали хорошие результаты, так 98,75 % пациентов оценили время, проведенное в зале ожидания, как краткое и очень краткое. 97,50 % оценили время, проведенное в приемной врача, как краткое и очень краткое. 97,50 % оценили время ожидания испытаний, как краткое и очень краткое.

Положительно оценили возможность назначить встречу 96,25 % пациентов, большинство пациентов (95,00 %) довольны приемными часами врача и клиники. 97,50 % положительно оценили местоположение приемной врача.

Полученные нами данные социологического опроса сопоставимы с данными ранее проведенных исследований [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Список литературы

1. Воронин Р.М., Датий А.В., Кузнецова А.С. Психологические особенности личности осужденных, больных алкоголизмом // Уголовно-исполнительное право. 2015. № 4. С. 79-82.

2. Ганишина И.С., Датий А.В. Медико-психологические аспекты реабилитации наркозависимых осужденных // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 30. С. 295-299.

3. Датий А.В. Научно-методическое сопровождение эксперимента по совершенствованию медико-санитарного обеспечения осужденных // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2012. № 9. С. 16-21.

4. Датий А.В. Словарь по пенитенциарной медицине // Прикладная юридическая психология. 2015. № 2. С. 190-191.

5. Датий А.В. Совершенствование медико-санитарного обеспечения в уголовно-исполнительной системе // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 31. С. 214-218.

6. Датий А.В. Характеристика больных туберкулезом осужденных мужчин, содержащихся в лечебных исправительных учреждениях // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 2. № 30. С. 229-234.

7. Датий А.В. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью // Медицина. 2013. Т. 1. № 4 (4). С. 74-85.

8. Датий А.В. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью // Медицина. 2014. Т. 2. № 1 (5). С. 1-9.

9. Датий А.В., Воронин Р.М. Некоторые особенности характеристик женщин инвалидов, содержащихся в местах лишения свободы // Человек: преступление и наказание. 2013. № 4. С. 61-63.

10. Датий А.В., Ковачев О.В. Характеристика больных наркоманией осужденных мужчин // Медицина. 2014. Т. 2. № 4 (8). С. 28-37.

11. Датий А.В., Ковачев О.В., Кузнецова А.С. Характеристика больных наркоманией осужденных женщин, содержащихся в лечебных исправительных учреждениях // Вестник Пермского института ФСИН России. 2014. № 4 (15). С. 9-13.

12. Датий А.В., Ковачев О.В., Федосеев А.А. Характеристика осужденных с социально значимыми заболеваниями // Электронный вестник Ростовского социально-экономического института. 2014. № 3. С. 21-32.

13. Датий А.В., Павленко А.А. К вопросу о совершенствовании действующего законодательства в области пенитенциарной медицины // Человек: преступление и наказание. 2011. № 1. С. 58-61.

14. Датий А.В., Федосеев А.А. Характеристика больных туберкулезом осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью // Электронный вестник Ростовского социально-экономического института. 2014. № 1. С. 16-27.

15. Датий А.В., Федосеев А.А. Характеристика больных туберкулезом осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью // Электронный вестник Ростовского социально-экономического института. 2014. № 2. С. 35-45.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Елисеева Н.В.
аспирант кафедры медико-биологических дисциплин,
Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Россия, г. Белгород

В структуре глазной патологии первичная открытоугольная глаукома является одной из главных причин неустранимой слепоты. Первичную открытоугольную глаукому принято относить к мультифакториальным заболеваниям [6, 7]. Следует отметить, что, несмотря на огромный опыт изучения первичной открытоугольной глаукомы, в настоящее время невозможно определить, какой процесс является основным в ее патогенезе. Сочетание малосимптомного, медленного течения и необратимого органического поражения зрительного нерва приводит к потере зрительных функции. Первичная открытоугольная глаукома обозначается как многофакторное, полиэтиологичное, полипатогенетическое, нейродегенеративное, трудноизлечимое заболевание [5]. Об этом свидетельствуют результаты мультицентрового исследования эпидемиологических особенностей глаукомы в РФ в 2013 году, проводимое в 37 регионах. В России свыше 1 млн. больных глаукомой. Более 150 тыс. являются инвалидами по зрению, в стране насчитывается около 70 тыс. слепых от первичной открытоугольной глаукомы. Во всех регионах РФ первичная инвалидность вследствие первичной открытоугольной глаукомы занимает первое место среди всех глазных заболеваний и составляет в среднем 28 % [1, 2, 3, 4, 5].

Ключевые слова: глаукома, патогенез глаукомы, клиника глаукомы.

Цель исследования. Оценить особенности клинических проявлений первичной открытоугольной глаукомы.

Материалы и методы.

Проведен анализ результатов обследования 302 человек с первичной открытоугольной глаукомой. Выборка больных формировалась на базе отделения микрохирургии глаза Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. Все индивидуумы русской национальности, родившиеся в Центральном Черноземье РФ, не связанные между собой узами родства. Пациенты, согласившиеся участвовать в исследовании добровольно, с под-

твержденным диагнозом первичной открытоугольной глаукомы. У всех пациентов тщательно собирался анамнез. Диагностическое обследование проводилось по стандартам обследования глаукомных больных и включало: визометрию, тонометрию, пахиметрию, гониоскопию, периметрию, эл.тонометрию, биомикроскопия.

Результаты и обсуждения. Под наблюдением находилось 302 пациента (604 глаза) с различными стадиями первичной открытоугольной глаукомы. Средний возраст больных составил 70,53±7.43лет (варьировался от 46 до 90), мужчины составили 150 человек (49,6%), женщины 152 человек (50,4%). Распределение по стадиям первичной открытоугольной глаукомы следующее: I стадии выявлена в 15.67% случаев (94 глаза), II стадия 54,44% (328 глаза), III стадия 19,56% (118 глаз) и IV стадия 10.33% (62 глаза). Двусторонний процесс наблюдался в 88.45% (267 человека), односторонний процесс 11,55 % (35 человек). Распределение по стадиям – клинических проявлений со стороны органа зрения (радужные круги вокруг источника света, периодическое затуманивание, боль и тяжесть в области глаз) следующее: I стадия выявлено 5.9% (18 человек), II стадия 24,17% (73 человека), III стадия 37% (112человек), IV стадия 32% (99 человек). У пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в выборке установлено распределение по возрасту манифестации заболевания: 1группа – с 60-64 лет -16%, 2 группа с 65-69 лет - 18%, 3 группа 70-75 лет – 46%, 4 группа свыше76 лет – 20%.

Выводы. Первичная открытоугольная глаукома поражает как мужчин, так и женщин в равных случаях. Возраст заболевания приходиться на 70,53±7,43 лет. Процесс поражения первичной открытоугольной глаукомой в 88,45%двусторонний. Возраст манифестации заболевания приходиться на 3 группу 70-75 лет и составляет 46% больных. Наиболее выраженные клинические проявления в виде радужных кругов вокруг источника света, периодические затуманивания, боль и тяжесть в области глаз определена на III стадии заболевания 37%. I и II стадии протекают бессимптомно, и незаметно для пациентов.

Список литературы

1. Дмитриева Е.И., Ким Т.Ю., Конкина Д.И., Н.О. Пытель Н.О. Современный взгляд на этиопатогенез первичной открытоугольной глаукомы // Медицина и образование в Сибири. 2014. №3. С. 26-29.

2. Доганова Л.П., Абдуллин Е.А., Рукина Д.А., Маркелова Е.В., Осыховский А.Л, Хохлова А.С Иммунологические аспекты патогенеза первичной открытоугольной глаукомы // РМЖ. 2011. №4. С. 162.

3. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Щуко А.Л. // Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей (2-е изд.). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 280 с.

4. Либман Е.С. Эпидемиологическая характеристика глаукомы // Глаукома. 2009. №1 (приложение с.2-3).

5. Нероев В.В., Киселева О.А., Бессмертный А.М Основные результаты мультицентрового исследования эпидемиологических особенностей первичной открытоугольной глаукомы в РФ // Росс.офт. журнал. 2013. Т.6, № 3. С. 4-7.

6. Окончательные итоги Всероссийской переписи населения 2010года //http://www.perepis-2010.ru/results_of_the_census/results-inform.php.

7. M.C.Leske, S.Y.Wu, A.Hennis [et al.] Risk factors for incident open-angle glaucoma:the Barbados Eye Studies // Ophthalmology. – 2008.Vol. 115. – P.85-93.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ЗАБОЛЕВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ильенкова Н.А.
заведующая кафедрой детских болезней с курсом ПО, д.м.н., профессор,
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, г. Красноярск

Степанова Л.В.
ассистент кафедры детских болезней с курсом ПО, канд. мед. наук,
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, г. Красноярск

В статье представлен сравнительный анализ информированности о заболевании родителей 50 детей с бронхиальной астмой, на 2 этапах наблюдения по 12 месяцев на каждом. На первом этапе – пациенты наблюдались в поликлинике, только врачом-педиатром участковым. На втором этапе – с привлечением врача-аллерголога-иммунолога. Данный анализ установил, что междисциплинарный подход в ведении детей с БА способствует достоверному увеличению информированности родителей пациентов о заболевании.

Ключевые слова: бронхиальная астма, врач-аллерголог-иммунолог, информированность пациента, ЛПУ.

Эффективность лечения бронхиальной астмы (БА) во многом зависит от информированности пациентов о заболевании, которая отражает полноту предоставляемой им информации о болезни лечащим врачом [1, с. 55; 2, с. 129; 4, с. 31]. Ведущим звеном при ведении пациентов с БА является амбулаторно-поликлинический этап. В связи с чем, актуальным является организация медицинской помощи в ЛПУ, способствующей увеличению образованности пациентов о БА [1, с. 55; 3, с. 172].

Целью исследования являлась эффективная организация медицинской помощи детям с БА на амбулаторно-поликлиническом этапе, способствующая увеличению информированности членов их семей о заболевании.

В рамках данного исследования, путем анкетирования, проведен сравнительный анализ информированности о болезни 50 родителей детей с БА (средний возраст детей – 8,7±0,2 лет) на двух этапах исследования, по 12 месяцев, каждый. На 1 этапе дети наблюдались в поликлинике только врачом-педиатром участковым, а на 2 этапе – с привлечением врача-аллерголога-иммунолога.

Сравнивались ответы о том, «*Что такое БА»*, «*О необходимости и видах лечения БА», «О тактике при обострениях БА», «О профилактике обострений» и «О принципах самоконтроля»* (варианты ответов: «не инфор-

мирован», «мало-информирован», «средне-информирован», «хорошо информирован» и «информирован в полном объеме»), с применением непараметрического критерия X^2, достоверность различий принимались при $p<0,05$.

Оценка ответов показала, что на ***первом этапе*** регистрировались только ответы «не информирован», «мало-информирован» и «средне-информирован». Так о том, «*Что такое БА»* отмечены ответы – «не информирован» и «мало-информирован» в 9 – 18,0% (95%ДИ=9,8-30,9) и 41 случае – 82,0% (95%ДИ=69,1-90,2), соответственно; «*О необходимости и видах лечения БА»* – «мало – информированных» – 100%; *«О тактике при обострениях БА»* – отмечалось «мало-информированных» – 14 респондентов – 28,0% (95%ДИ=17,5-41,7) и «средне-информированных» – 36 – 72,0% (95%ДИ=58,3-85,2); *«О профилактике обострений»* ответили – «не информирован» и «мало-информирован» в 12 – 24,0% (95%ДИ=14,3-37,5) и 38 случаях – 76,0% (95%ДИ=62,5-85,7), соответственно; *«О принципах самоконтроля»* – были «не информированы» – 26 респондентов – 52,0% (95%ДИ=38,5-65,2), «мало-информированы» – 14 – 28,0% (95%ДИ=17,5-41,7) и «средне-информированы» – 10 – 20,0% (95%ДИ=11,3-33,1). При этом на ***втором этапе*** регистрировались только ответы «хорошо информирован» и «информирован в полном объеме»: «*Что такое БА»* – у 9 – 18,0% (95%ДИ=9,8-30,9) ($p<0,001$) и 41опрошенного – 82,0% (95%ДИ=69,1-90,2) ($p<0,001$), «*О необходимости и видах лечения БА»* – в 10 – 20,0% (95%ДИ=11,3-33,1) ($p<0,001$) и 40 случаях – 80,0% (95%ДИ=66,9-88,7) ($p<0,001$), «*О тактике при обострениях БА»* у 10 – 20,0% (95%ДИ=11,3-33,1) ($p<0,001$) и 40 респондентов – 80,0% (95%ДИ=66,9-88,7) ($p<0,001$), соответственно; «*О профилактике обострений»* были отмечены только «информированные в полном объеме» в 100% случаев (95%ДИ=93,0-99,9) ($p<0,001$); «*О принципах самоконтроля»* выявлены «хорошо информированные» и «информированные в полном объеме» – 10 – 20,0% (95%ДИ=11,3-33,1) ($p<0,001$) и 40 анкетируемых – 80,0% (95%ДИ=66,9-88,7) ($p<0,001$), соответственно.

Таким образом, проведенное исследование установило, что совместное ведение детей с БА педиатра участкового и аллерголога-иммунолога достоверно увеличивает информированность членов их семей о заболевании.

Список литературы

1. Артюхов, И.П. Влияние регулярного наблюдения врачом-аллергологом детей с бронхиальной астмой на клинико-функциональные параметры болезни и потребление ресурсов здравоохранения / И.П. Артюхов, Н.А. Ильенкова, А.В. Шульмин, Л.В. Степанова // Вопросы современной педиатрии. – 2011; 10(3). – С. 55-59.

2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2015. – 148 с.

3. Ильенкова, Н.А. Эффективность наблюдения врачом – аллергологом детей с бронхиальной астмой с оценкой их качества жизни / Н.А. Ильенкова, И.П. Артюхов, Л.В. Степанова, А.В. Шульмин // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т.9, №4. – С. 172-174.

4. Постановление правительства Красноярского края от 25.12.2015 №703-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Ильенкова Н.А.
заведующая кафедрой детских болезней с курсом ПО, д.м.н., профессор,
Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, г. Красноярск

Чикунов В.В.
доцент кафедры детских болезней с курсом ПО, к.м.н.,
Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, г. Красноярск

В статье представлены результаты пятилетнего наблюдения за больными муковисцидозом в Красноярском крае, проведена оценка состояния экзокринной функции поджелудочной железы, в том числе в зависимости от генотипа. Показана достоверная взаимосвязь тяжести генотипа с уровнем панкреатической эластазы-1 на региональном уровне. Среди пациентов с МВ в Красноярском крае преобладают дети с "тяжелым" генотипом и тяжелой степенью панкреатической недостаточности – 80% случаев от включенных в исследование. У 13,3% пациентов отсутствовали клинические и лабораторные признаки панкреатической недостаточности.

Ключевые слова: муковисцидоз, панкреатическая недостаточность, панкреатическая эластаза-1, Красноярский край.

Муковисцидоз (МВ) – тяжелое наследственное полиорганное заболевание, обусловленное системной дисфункцией экзокринных желез с развитием панкреатической недостаточности (ПН).

Между генотипом пациента с МВ и состоянием функции поджелудочной железы существует прямая зависимость [1]. По данным Консорциума по муковисцидозу, выделено 2009 мутаций гена *CFTR* [The CF mutation database 08.01.2017 http://www.genet.sickkids.on.ca/cftr]. В зависимости от механизма нарушающего функцию белка все мутации гена *CFTR* разделены на 6 классов. Генотип, включающий в себя 2 мутации I–III классов, ассоциирован с ранней ПН («тяжелый» генотип), для генотипа с хотя бы одной мутацией IV-V класса характерна сохранная функция поджелудочной железы или позднее развитие ПН («мягкий» генотип). Эти корреляции не являются абсолютными, некоторые мутации могут сопровождаться как недостаточностью функции поджелудочной железы, так и сохранением ее функции на достаточном уровне [3].

Следовательно, оценка степени ПН при МВ и выявление региональных особенностей, согласно выявленного генотипа, является актуальным [1-2].

Цель исследования. Оценить состояние экзокринной функции поджелудочной железы у детей с МВ в Красноярском крае.

Пациенты и методы. В исследование включено 30 пациентов с МВ в возрасте от 1 года до 18 лет (14 мальчиков и 16 девочек), которые наблюда-

ются в Региональном центре муковисцидоза г. Красноярска в течение последних 5 лет. Критериями включения явились: установленный диагноз МВ; возможность идентификации генотипа. Пациенты были разделены на группы в зависимости от выявленных мутаций гена *CFTR*.

«Тяжелый» генотип определен у 19 больных (63,3 % от общего числа генотипированных), "мягкий" – у 2 пациентов (6,7 % от числа генотипированных), 9 пациентов не смогли отнести ни к одной группе, т.к. вторая мутация не была определена (30% от числа генотипированных).

Структура генотипов: “тяжелый” генотип (n=19): F508del/F508del – 8 пациентов, F508del/2184insA – 1 пациент, F508del/2184delA – 1 пациент, F508del/R553X – 1 пациент, F508del/394delTT – 1 пациент, F508del/CFTRdele2,3 – 2 пациента, F508del/N1303K – 1 пациент, F508del/ 1898+1G>A – 1 пациент, F508del/внутригенная делеция экзона 4-11 – 3 пациента; «мягкий» генотип (n=2): L138ins/F508del – 1 пациент, E92K/F508del – 1 пациент; неопределенный вариант: F508del/ не выявлено – 9 пациентов.

Изменение или сохранение функции поджелудочной железы подтверждалось на основании определения уровня панкретической эластазы-1 (ПЭ-1). Больные МВ были разделены на 3 группы по уровню ПЭ-1: в 1 группу вошли дети с выраженным снижением ПЭ-1 (менее 100 мкг/г) – 24 (80%), во 2 группу – дети с умеренным снижением ПЭ-1 (100-200 мкг/г) – 2 (6,7%), в 3 группу дети с нормальными значениями ПЭ-1 (более 200 мкг/г) – 4 (13,3%).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS (SPSS Inc., США). Мерой центральной тенденции и рассеяния служил расчет медианы (Me) нижнего квартиля (L), верхнего квартиля (H), минимального и максимального значении.

Результаты и обсуждения.

Наиболее частым "тяжелым" генотипом являлся F508del/F508del, который выявлен у 8 больных (42,1 % от числа "тяжелых" генотипов и 26,7 % от числа больных, которым был проведен генетический анализ). F508del явилась самой частой "тяжёлой" мутацией с аллельной частотой 100 % среди пациентов с "тяжелыми" генотипами и 100 % среди больных с "мягкими" генотипами. “Мягкий” генотип встречался у 6,7 пациентов (от всех генотипированных больных). При этом аллельная частота мутации L138ins и E92K составила 50% в группе “мягких” генотипов и 3,3% среди всех генотипированных, соответствовавших критериям включения. Уровень ПЭ-1 в кале у детей с МВ не зависел от давности заболевания, однако выявлена достоверная взаимосвязь в зависимости от генотипа (таблица).

Таблица

Уровень ПЭ-1 в зависимости от генотипа

	«Тяжелый» генотипы (n=19)	«Мягкий» генотипы (n=2)	Неопределенный вариант (n=9)
Возраст, лет	4,79±1,07	5,0 ±3,00	2,67±0,60
Среднее значение ПЭ-1, мкг/г	30,68 ±8,13	429,00 ±20,0	130,89 ±55,45
Me (L-H), мкг/г	19 (15-31)	429 (306,75-439,25)	71 (12,5-221,5)
Минимум, мкг/г	0	409,0	0
Максимум, мкг/г	159	449,0	500

Пациенты с “тяжелым” генотипом имели признаки тяжелой ПН и уровень ПЭ-1 составил 30,68 ±8,133 мкг/г, в то время как с «мягким» генотипом – 429,00 ±20,00 мкг/г ($p<0,05$).

Заключение.

Показана достоверная взаимосвязь тяжести генотипа с уровнем ПЭ-1 на региональном уровне. Среди пациентов с МВ в Красноярском крае преобладают дети с “тяжелым” генотипом и тяжелой степенью ПН – 80% случаев от включенных в исследование.

У 13,3% пациентов отсутствовали клинические и лабораторные признаки ПН, при этом они получали заместительную ферментную терапию в непрерывном режиме.

Список литературы

1. Ильенкова Н.А., Чикунов В.В. Клинико-генотипическая характеристика больных муковисцидозом в Красноярском крае. Сибирское медицинское обозрение. 2012. № 3 (75). С. 27-30.

2. Ильенкова Н.А., Чикунов В.В. Опыт многолетнего наблюдения за больными муковисцидозом в Красноярском крае. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2014. Т 93. № 4. С. 156-159.

3. Castellani C., Cuppens H., Macek M. et al. Consensus on the use and interpretation of cystic fibrosis mutation analysis in clinical practice. J. Cyst. Fibros. 2008. № 8. P. 179-196.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Кабылов Ю.С.
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Кыргызстан, г. Бишкек

В статье представлены результаты изучения влияния анестезии при хирургических вмешательствах на развитие послеоперационной тошноты и рвоты. Исследовали частоту развития послеоперационной тошноты и рвоты у 100 пациентов в возрасте от 16 до 70 лет (риск по ASA II-III), которым проводили хирургические вмешательства по поводу лапароскопической холецистэктоми и тиреоидэктомии.

Ключевые слова: послеоперационная тошнота и рвота, фентанил, лидокаин.

Послеоперационная тошнота и рвота (ПОТР) является одним из наиболее частых (в среднем 30%) осложнений первых суток послеоперационного периода любых хирургических вмешательств, и связана с раздражением рвотного центра в головном мозге [1-3]. У детей школьного возраста тошнота и рвота развиваются в раннем послеоперационном периоде у 34-50% [4, 5]. При отоларингологических операциях частота ПОТР может возрастать до 75% [3, 6, 7]. Известно, что важную роль в развитии рвотного рефлекса играют 4 основные системы нейротрансмиттеров: допаминергическая (D2), ги-

стаминовая (Н1), холинергическая (мускариновая) и серотонинергическая (5-НТ3). С целью премедикации назначают блокатор допаминовых рецепторов дроперидол, но седативный эффект и удлинение периода пробуждения ограничивают применение дроперидола в качестве антиэметика [3, 8, 9], а также применяют метоклопрамид, дексаметазон. Среди методов профилактики наиболее патогенетически обоснованным является использование высокоактивных селективных конкурентов 5-НТ3-рецепторов: ондансетрон, трописетрон, гранисетрон, доласетрон [3, 9, 10]. Способствуют развитию тошноты и рвоты также артериальная гипотония, гиповолемия, боль, гипоксия и гиперкапния [2, 8]. Вследствие этого ни один из доступных антиэметиков не эффективен абсолютно в предупреждении ПОТР, особенно у пациентов с высоким риском [7, 9, 11]. Вид анестезии оказывает влияние на частоту развития тошноты и рвоты [3, 4]. При этом многие компоненты анестезии могут увеличивать частоту ПОТР.

Цель исследования – улучшить течение раннего послеоперационного периода при хирургических вмешательствах путем оптимизации анестезиологического обеспечения.

Материал и методы. Исследование выполнено в НГ МЗ КР. В исследование включали пациентов в возрасте от 16 до 70 лет со степенью анестезиологического риска по ASA II-III степени, перенесших хирургические вмешательства. В зависимости от способа анестезиологического обеспечения пациенты, участвующие в исследовании, были распределены на 2 группы по 50 пациентов в каждой. Всем проводили следующие хирургические вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия, тиреоидэктомия.

Обследуемые группы сопоставимы по возрасту, анестезиологическому риску, характеру и длительности хирургических вмешательств, наркоза. Статистически значимых отличий не наблюдалось. В обеих группах профилактика ПОТР у пациентов проводилась тремя способами: комбинацией внутривенно вводимых непосредственно перед хирургическим вмешательством дексаметазона 0,2 мг/кг (максимально 8 мг) и метоклопрамида 0,15 мг/кг (максимально 10 мг); только дексаметазона – 0,2 мг/кг (максимально 8 мг) и только метоклопрамида – 0,15 мг/кг (максимально 10 мг). В обеих группах проводили терапию, направленную на упреждение послеоперационной боли внутривенным введением Инфулгана 15 мг/кг (максимально 1000 мг), непосредственно перед хирургическим вмешательством. После интубации трахеи внутривенно вводили недеполяризующий миорелаксант тракриум (0,3-0,4 мг/кг). Непосредственно перед началом хирургического вмешательства внутривенно вводили фентанил 2-3 мкг/кг, в остальном отличий в анестезиологическом обеспечении не было. В обеих группах ИВЛ проводили по полузакрытому контуру наркозным аппаратом Drager Fabius plus в режиме нормовентиляции. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принимали <0,05. В случае превышения достигнутого уровня значимости (p) принималась нулевая гипотеза. Результаты

и их обсуждение. Для сравнительной оценки влияния на развитие ПОТР различных способов анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств – лапароскопическая холецистэктомия, тиреоидэктомии, участвующих в исследовании, изучали частоту развития тошноты и рвоты в течение 1-х суток послеоперационного периода.

В группе с фентанилом синдром ПОТР наблюдался у 9 (18%) пациентов, из них рвота была у 5 (10 %). В 8 (16%) случаев ПОТР развивалась в течение 1-го часа у пациентов, участвующих в исследовании. В обеих группах в качестве лечения развившейся ПОТР применяли ондансетрон 0,1 мг/кг внутривенно (максимум 4 мг). Развившийся синдром ПОТР эффективно купирован почти у 10 (91%) пациентов, в 1 (9%) случае рвота однократно повторилась после введения ондансетрона.

Таким образом, одним из целей анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств является предупреждение ПОТР.

Выводы: Послеоперационная тошнота и рвота при хирургических вмешательствах, развивается в течение первых 2 ч. Обеспечение периоперационной анальгезии Инфулганом 15 мг/кг, отказ от опиоидных анальгетиков способствует уменьшению частоты ПОТР на 14%, при лапароскопической холецистэктомии и тиреоидэктомиях.

Список литературы

1. Isakov A.V., Stepanenko S.M., Timoshenko O.V. Problema posleoperatsionnoy toshnoty i rvoty v avbulatornoy khirurgii u detey rannego vozrasta. Anesteziologiya i reanimatologiya. 2012; 1: 51-3 (in Russian).

2. Chatterjee S., Rudra A., Sengupta S. Current concepts in the management of postoperative nausea andvomiting. Anesthesiol. Res. Pract. 2011; 2011: 748031.

3. Stadler M., Bardiau F., Seidel L. et al. Difference in risk factors for postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology. 2003; 98 (1): 46-52.

4. Fujii Y. Current management of vomiting after tonsillectomy in children. Curr. Drug. Saf. 2009; 4 (1): 62-73.

5. Habib A.S., Chen Y.T., Taguchi A. et al. Postoperative nausea and vomiting following inpatient surgeries in a teaching hospital: a retrospective database analysis. Cur. Med. Res. Opin. 2006; 22 (6): 1093-9.

6. Mizikov V.M. Posleoperatsionnaya toshnota i rvota: epidemiologiya, prichiny, posledstviya, profilaktika. Al'manakh MHOAR. 1999; 1: 53-9. (in Russian)

7. Habib A.S., El-Moalem H.E., Gan T.J. The efficacy of the 5-HT3 receptor antagonists combined with droperidol for PONV prophylaxis is similar to their combination with dexamethasone. A meta-analysis of randomized controlled trials. Can. J. Anesth. 2004; 51 (4): 311-9.

8. Gan T.J., Meyer T., Apfel C.C. et al. Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. Anesth. Analg. 2003; 97 (1): 62-71.

9. Sanchez-Ledesma M.J., López-Olaondo L., Pueyo F. J. et al. A comparison of three antiemetic combinations for the prevention of postoperative nausea and vomiting. Anesth. Analg. 2002; 95 (6): 1590-5.

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ

Карпин В.А.
зав. кафедрой терапии, д-р мед. наук, профессор,
Сургутский государственный университет, Россия, г. Сургут

Полухин В.В.
главный врач, НУЗ «Отделенческая клиническая больница
на станции Сургут ОАО «РЖД», Россия, г. Сургут

Коваленко Е.В.
заместитель главного врача по медицинской части, НУЗ «Отделенческая
клиническая больница на станции Сургут ОАО «РЖД», Россия, г. Сургут

В статье проведен подробный анализ основных принципов классификации болезней. Выделены важнейшие правила, которые необходимо соблюдать при оформлении медицинской документации, а также рассматриваются наиболее частые ошибки, приводящие к диагностическим ошибкам.

Ключевые слова: классификация болезней.

Основная задача классификации – систематизация накопленных знаний путем построения системы соподчиненных понятий (классов). Она строится на основе логических правил деления понятий, их распределения в определенном порядке, объединения в классы по признакам сходства и различия. Если в определении раскрывается *содержание* понятия, то в делении – его *объем*. В то же время определение понятия является основой его деления; чтобы правильно выделить формы понятия, надо прежде познать его сущность. Чтобы избежать ошибок при делении понятия, необходимо соблюдать следующие правила [2, 3, 4]:

1. *Деление должно производиться по единому основанию.* Избранный вначале в качестве основания определенный признак нельзя в ходе деления подменять другими признаками.

2. *Основанием деления должен быть признак, выявляющий существенное различие между членами деления.*

3. *Деление должно быть соразмерным (исчерпывающим)*, т.е. объем делимого (родовое понятие) должен полностью исчерпываться членами деления (видами понятий). Нельзя пропускать отдельные члены деления; в равной степени нельзя вводить лишние члены.

4. *Члены деления должны исключать друг друга*. Каждый отдельный предмет, входящий в данный класс, может быть отнесен только к одному из членов деления; если он может быть одновременно отнесен к нескольким членам данного ряда, значит, такое деление является ошибочным.

5. *Деление должно быть последовательным и непрерывным.* Члены деления по отношению к делимому понятию должны быть ближайшими видами, т.е. непосредственно низшими понятиями, а по отношению друг к другу

– соподчиненными понятиями. От рода следует сначала переходить к ближайшим видам, а затем к ближайшим подвидам. Если это правило нарушается, возникает скачок в делении, являясь грубой логической ошибкой.

Наиболее частой ошибкой является подмена одного основания другим в процессе деления.

Исходя из различных целей деления, можно выделить два основных типа классификации болезней – *клиническую* и *статистическую*. Если первая должна обеспечивать повседневную врачебную и научную деятельность, то вторая больше служит задачам отчетности и эпидемиологического анализа. И та, и другая должны быть *унифицированы* в международном масштабе.

Несомненно, что конечными членами деления в *клинической* классификации болезней должны быть конкретные нозологические формы.

Нарушение логических правил деления понятий нередко встречается при создании различных классификаций болезней, существенно снижая их научно-практическую значимость, затрудняя рациональное использование, внося определенную путаницу при интерпретации различных клинико-статистических ситуаций. Так, даже поверхностный анализ «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» десятого пересмотра [МКБ-10. Женева, 1995] выявляет немало подобных нарушений. Например, понятие «Пневмония» делится по этиологическому признаку, а «Хронический гастрит» – по морфологическому; нозологические признаки перемежаются с синдромными (легочный отек, почечная, печеночная недостаточность). Примером нарушения соразмерности деления является внутривидовая классификация язвы желудка, куда отнесены эрозия, острая язва желудка и пептическая язва, которые не только этиологически, клинически, морфологически, но даже статистически должны рассматриваться отдельно.

Создание подобных Международных классификаций не решает проблему, так как они носят *статистический* характер. Проблему может разрешить только создание унифицированной Международной *клинической* классификации болезней, основанной на *нозологическом* принципе.

Внутривидовая классификация болезней. Категории количества и качества. Кроме номенклатуры болезней, существует еще их внутривидовая классификация, отражающая стадийность развития болезни, особенности ее течения, осложнения и т.д. Главным недостатком подобных классификаций, на наш взгляд, является нередко встречающееся деление понятия по *количественному* признаку, явно не учитывающее степень значимости категорий количества и качества в различении понятий (предметов, процессов, явлений). Еще Гегель в свое время утверждал, что «определение *количества* обычно приводят раньше определения *качества*, и притом это делается в большинстве случаев без какого-либо обоснования. Началом служит бытие как таковое, значит, качественное бытие. Из сравнения качества с количеством легко увидеть, что по своей природе качество есть первое. Ибо количество есть качество, ставшее уже отрицательным; *величина* есть определенность, которая больше не едина с бытием, а уже отлична от него, она снятое, ставшее безраз-

личным качество. Она включает в себя изменчивость бытия, не изменяя самой вещи, бытия, определением которого она служит; качественная же определенность едина со своим бытием, она не выходит за его пределы и не находится внутри его, а есть его непосредственная ограниченность. Поэтому качество как *непосредственная* определенность есть первая определенность, и с него следует начинать» [1]. Его исчерпывающее определение доказывает примат качественных признаков над количественными; следовательно, в основе деления внутривидовых понятий должны лежать *качественные* признаки.

Возьмем, например, современную классификацию стадий гипертонической болезни (ГБ): они различаются по уровню артериального давления (АД), т.е. по количественному признаку, который совершенно не отражает сущности клинико-морфологических отличий на различных стадиях болезни. Гораздо логичнее, ближе к истине нам представляется предшествующая классификация Всемирной организации здравоохранения [ВОЗ, 1978], в которой, например, в основе отличия 2-й стадии ГБ от 1-й стадии лежит *качественный* признак – развитие гипертрофии левого желудочка. Точно так же развитие такого грозного осложнения болезни, как гипертонический криз, необходимо констатировать на основании не только и не столько высоких цифр АД, как это нередко происходит в практической медицине, а появления качественно новых признаков – острого нарушения коронарного, мозгового кровообращения, острой сердечной недостаточности.

Список литературы

1. Гегель Г. Наука логики. – М.: Мысль, 1998. С. 65.
2. Иванов Е.А. Логика. – М.: БЕК, 1996. 309 с.
3. Ивин А.А. Логика. – М.: Гардарики, 2002. 352 с.
4. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза: Методологические проблемы. – М.: Медицина, 1989. 272 с.

ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ОЖИРЕНИЕМ НА БАЗЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Киселева И.В.
заведующая специализированным консультативно-диагностическим центром, канд. мед. наук, Клиники Самарского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Самара

Лисина М.В.
врач-терапевт специализированного консультативно-диагностического центра, Клиники Самарского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Самара

В данной статье представлен анализ результатов скрининговых обследований у 3049 пациентов, обратившихся в Центр здоровья ФГБОУ ВО Клиник СамГМУ (мужчин и

женщин в возрастной группе от 18 до 70 лет) и проведен скрининг (биоимпедансметрия, экспресс-анализ общего холестерина, с последующим определением липидограммы крови) на выявление факторов риска, приводящих к развитию атеросклероза и ожирения. Лица с выявленными факторами риска направлены в Школы здоровья для прохождения обучения здоровому образу жизни. Спустя 6 месяцев отмечается положительная динамика в отношении снижения факторов риска, преимущественно у лиц от 18 до 30 лет.

Центры здоровья и созданные при них Школы здоровья являются перспективным направлением в профилактике развития тяжелых хронических неинфекционных заболеваний, в частности атеросклероза и ожирения, и помогают формировать здоровый образ жизни у граждан трудоспособного возраста.

Ключевые слова: центр здоровья, биоимпедансметрия, профилактика атеросклероза и ожирения, скрининговые исследования, здоровый образ жизни.

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний является одной из самых актуальных проблем здравоохранения в настоящее время. С начала 90-х годов прошлого века и по сегодняшний день отмечается тенденция к снижению численности трудоспособного населения, а также преобладание отрицательной демографической динамики [1].

Здоровье населения обусловлено многими факторами – экологическая обстановка, образ жизни, социально-экономическое благополучие, возраст, пол, наследственность и т.д. [2]

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека, а также продолжительность его жизни на 50-55 % зависят от условий и образа жизни [3]. Одной из ведущих причин смертности в России (56,9%) являются заболевания сердечно-сосудистой системы (острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, причиной которых является прогрессирующий атеросклероз) [4], основными факторами риска которых являются нарушение липидного обмена (гиперхолестеринемия), ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, курение, гиподинамия [5].

Отрицательная демографическая динамика, а также прогрессирующее снижение числа трудоспособного населения в России привели к тому, что государственная политика в сфере здравоохранения направлена своевременную профилактику заболеваний.

С 2009 года на территории Российской Федерации повсеместно начинают открываться и активно функционировать Центры Здоровья, основной задачей которых является сохранение здоровья граждан, выявление факторов риска развития тяжелых заболеваний [6]. На базе центров здоровья создаются Школы здоровья, целью которых является формирование у граждан здорового образа жизни.

Целью данного исследования является определение возможностей скрининговых методов обследования граждан на базе Центра здоровья в выявлении лиц с нарушением липидного обмена и ожирением для своевременной профилактики атеросклероза и ожирения.

Нами был проведен анализ 3049 человек трудоспособного возраста, обратившихся в период с января 2015 по декабрь 2016 года в Центр здоровья, организованный приказом ректора, академика РАН Г.П. Котельникова на ба-

зе Специализированного консультативно-диагностического центра Клиник СамГМУ и оснащенный современным диагностическим оборудованием, необходимым для проведения скрининговых обследований. Группа обследуемых была отобрана методом случайной выборки. Возраст обратившихся варьировался от 18 до 70 лет (средний возраст = 44 года). В исследуемой группе распределение по полу было следующее: мужчины – 1014 человек (33%), женщины – 2035 человек (67%). Особенностью данного исследования являлось то, что большую часть обследуемых (64%) составляли пациенты в возрасте от 18 до 30 лет (студенты ВУЗов, прикрепленных к Клиникам СамГМУ).

Использовались следующие методы обследования:

1) Осмотр и опрос пациентов.

2) Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития.

3) Экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы крови, с последующим определением липидограммы крови при выявлении повышенного общего холестерина (триглицеридов, липопротеидов высокой плотности, липопротеидов низкой плотности).

4) Биоимпедансметрия для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой тканей, а также измерение показателей водного, белкового и липидного обмена организма).

Данный комплекс исследований позволяет выявить пациентов с нарушением липидного обмена и ожирением и отнести их к группе в высоким риском развития атеросклероза.

При анализе данных, полученных в ходе исследования, выявлено 1497 здоровых пациента (49,1%), с факторами риска – 1552 пациентов (50,9%). Стоит отметить, что у большинства пациентов присутствуют два и более факторов риска. Нарушение параметров состава тела выявлено у 1011 человек (65,2%), гиперхолестеринемия выявлена у 541 пациента (34,8%). При дальнейшем анализе липидограммы пациентов с повышенным общим холестерином получены следующие результаты: повышение общего холестерина за счет липопротеидов низкой плотности у 483 пациентов (89,2%). Пациенты с выявленными факторами риска (гиперхолестеринемия и избыточная масса тела) были направлены в школу здоровья, где с ними проводились занятия, которые включали в себя основы правильного сбалансированного питания, составление разгрузочных дней, рациональной физической активности, обсуждение образа жизни пациентов. После проводимых занятий в школе здоровья у пациентов в контрольной группе через 6 месяцев были проведены обследования: определение холестерина, антропометрические данные и биоимпедансометрия. Выявлено снижение холестерина у 259 пациентов (48%), снижение массы тела у 52 пациентов (5,5%), особенно это прослеживалось у молодого населения от 18 до 30 лет.

На основе полученных данных можно сделать вывод, что скрининговые исследования, проводимые в Центре здоровья являются важным этапом в выявлении факторов риска и профилактики развития атеросклероза, сердечно-сосудистой патологии. Оснащение Центров здоровья предоставляет хорошие возможности для выявления ранних признаков нарушения липидного обмена и ожирения, что позволяет направить пациентов с выявленными факторами рисками в Школу здоровья и вести с ними профилактическую работу.

Данная работа свидетельствует о широких перспективах работы Центров здоровья в проведении профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения.

Работа Школы здоровья, открытая на базе Центров здоровья, позволяет уменьшить факторы риска развития тяжелых заболеваний, а значит улучшить уровень жизни трудоспособного населения России.

Список литературы

1. Белобородов И.И. Демографическая ситуация в России в 1992 – 2010 гг. Два десятилетия депопуляции. Демография.ру. 30.06.2015.
2. Здоровье 21 – здоровье для всех в XXI столетии. ЕРБ ВОЗ. 1999.
3. Федеральная концепция «Охрана здоровья населения» Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения. М., 1994.
4. РОССТАТ. Коэффициенты смертности по основным классам причин смертности. 2011.
5. Оганов Р.Г., Фомина И.Г. Болезни сердца. Руководство для врачей. Москва: Литтерра, 206. 1344 с.
6. РФ. Правительство. О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака: постановление Правительства РФ от 18 мая 2009 г. №413.

НЕМЕДЛЕННАЯ НАГРУЗКА НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

Кобринчук К.Ю.
ординатор факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Емелина Е.С., Пылайкина В.В.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Емелина Г.В.
доцент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Лечение пациентов методом дентальной имплантации обычно занимает большой промежуток времени. Активная жизненная позиция и ритм жизни пациентов приводит к

тому, что люди, идущие на лечение, одним из условий считают недопустимость наличия в полости рта дефектов зубного ряда даже на короткое время. Для того, чтобы на время длительного лечения пациент не выходил из привычного образа жизни, оставался социально активным, сохранял свой внешний вид, широко стал использоваться метод одномоментной имплантации с немедленной нагрузкой.

Ключевые слова: немедленная имплантация, протезирование на имплантатах, одномоментная имплантация.

Одномоментная имплантация, то есть имплантация сразу после удаления зуба, становится все более популярной среди хирургов – имплантологов. Благодаря появлению имплантатов с комбинированной конусно-цилиндрической формой и самонарезной агрессивной резьбой удается достичь первичной стабилизации порядка 45-50 Нсм, что позволяет фиксировать на имплантат как минимум формирователь десны, а в эстетически значимой зоне-временный абатмент с временной коронкой. Доказано, что одномоментная имплантация с немедленной нагрузкой также успешна, как и традиционная имплантация, а иногда и эффективнее [4, с. 42].

Основными преимуществами метода немедленной имплантации являются:

1) Сокращение количества операций.

2) Сохранение рельефа твердых и мягких тканей.

3) Восстановление эстетики сразу после операции.

Немедленная имплантация в лунки удаленных зубов и последующее протезирование в самые краткие сроки гарантирует сохранение единства зубочелюстной системы. Немедленная имплантация также позволяет снизить уровень атрофии альвеолярного отростка, улучшить эстетический вид, функциональное и психологическое состояние пациента [2, с. 56]. По новейшим стандартам стоматологии единство зубочелюстной системы должно восстанавливаться в самые кратчайшие сроки [1, с. 84-85]. Восстановления дефектов верхней и нижней челюсти методом немедленной имплантации на данный момент очень перспективный, но мало изученный в стоматологии. Мало изучены технические особенности выполнения операции немедленной имплантации, отсутствует доказательная база относительно сроков протезирования [5, с. 20-23].

Стандартная методика имплантации предусматривает двухэтапную установку имплантатов. На первом хирургическом этапе устанавливают имплантат, после чего дожидаются его заживления без нагрузки в течение 3-6 месяцев. На втором этапе осуществляют открытие имплантатов и устанавливают формирователь десны или абатмент. Период заживления без нагрузки был обязательным для успешной остеоинтеграции имплантата. Считалось, что эта методика минимизирует риск утраты имплантата. В последние годы ситуация изменилась. Пациенты настаивают на более быстром решении эстетических и функциональных зубочелюстных проблем. В результате во многих клиниках начали разрабатывать технологии, позволяющие проводить протезирование с опорой на имплантаты немедленно, сразу после их уста-

новки или не более чем через 72 часа после имплантации. Данная методика позволяет сократить продолжительность лечения и обеспечить пациенту удовлетворительный внешний вид и функцию на весь период приживления имплантата [3, с. 698].

Никольский В. Ю. исследовал эффективное лечение методом отсроченной имплантации. Он создал две новые формы дентальных имплантатов, которые приближались к форме лунок моляров, что помогало выполнять манипуляцию установки дентального имплантата гораздо быстрее. После проведенного анализа Никольский В.Ю. приоритет отдал ранней дентальной имплантации в срок от 2 до 8 недель после удаления зуба. Про непосредственную имплантацию он сделала вывод, что не всем пациентам подходит по показаниям данный метод, так как у многих пациентов во время удаления зуба возникают противопоказания к данному методу. Также автор указал, что многие пациенты обращаются за помощью уже по истечению некоторого времени после удаления зуба. Автором был разработан способ ранней дентальной имплантации (Патент РФ № 2181576 А 61 С 8/00) с использованием аллогенной деминерализованной лиофилизированной кости губчатой формации. Данный метод лечения проводится в срок от 2 недель до 2 месяцев после удаления зуба [6, с. 357-358].

Кулаков О.Б. огласил следующие выводы, что для проведения успешной одномоментной имплантации необходимо наличие имплантата правильной конфигурации, осуществление атравматического удаления зуба, формирование апикального отдела лунки с удалением остатков грануляционной ткани, а также необходимое заполнение пустых пространств костнопластическим материалом.

Block and Kent, Yukna and Rosenquistetall исследовали проблему несоответствия размера и формы имплантата форме лунки удаленного зуба, в результате этого возникают «пустоты», которые необходимо заполнять костнопластическим материалом. Также обращали внимание на роль формы имплантата (анатомическое соответствие), как быстрое достижение предсказуемого результата.

Использование метода немедленной имплантации позволяет не только уменьшить общую продолжительность лечения, но и сохранить исходную анатомию тканей в зоне имплантации, что в свою очередь обеспечивает оптимальную «красную» и «белую» эстетику реставрации, уменьшает степень атрофии костной ткани.

Список литературы

1. Арутюнов С.Д., Ерошин В.А., Перевезенцева А.А., Бойко А.В., Широков И.Ю. Критерии прочности и долговременности временных несъемных зубных протезов // Институт стоматологии. – СПб., 2010. – №4. – С. 84-85.

2. Арутюнов С.Д., Панин А.М., Антоник М.М., Юн Т.Е., Адамян Р.А., Широков И.Ю. Особенности формирования окклюзии искусственных зубных рядов, опирающихся на дентальные имплантаты // Стоматология. – М., 2012. – №1(91). – С. 54-58.

3. Арутюнов С.Д., Янушевич О.О., Лебеденко А.И., Арутюнов Д.С., Арутюнов А.С., Трезубов В.В., Широков И.Ю. Способ временного протезирования несъемными мостовидными зубными протезами на дентальных имплантатах / №31(том 3) – С. 698.

4. Букаев М.Ф. Показатель функционирования мостовидного протеза. Оценка результатов протезирования мостовидными протезами // Новое в стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 42.

5. Волостнов Л.Г., Коняхин А.Ф., Макарьевский И.Г. Разработка и экспериментальное изучение внутрикостных имплантатов с памятью формы для верхней и нижней челюсти // Клиническая имплантология и стоматология. – 2003. – № 1-2. – С. 20-25.

6. Суворова М.Н., Емелина Г.В., Иванов П.В., Корецкая Е.А., Герасимова Т.В., Романова Р.О. Особенности исследования и оказания стоматологической помощи инвалидам по слуху в Пензенском регионе. В сборнике: Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2015) сборник статей V Международной научной конференции. под ред. А. Н. Митрошина, С. М. Геращенко. 2015. С. 357-358.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД БЕЗМЕТАЛЛОВУЮ КЕРАМИКУ

Кобринчук К.Ю.
клинический ординатор кафедры «Стоматология»,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Никонова А.В., Емелина Е.С.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Суворова М.Н.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Появление металлокерамики более 40 лет назад привело к существенному прогрессу в изготовлении зубных протезов. Так, недостатки металлических протезов, облицованных пластмассой (например, недостаточные устойчивость цвета и износостойкость), были исключены, когда в качестве облицовочного материала стали использоваться керамические массы.

Ключевые слова: безметталловая керамика, особенности препарирования, требования к отпрепарированным зубам.

В настоящее время керамика – несомненный лидер в восстановительной стоматологии. Цельнокерамические конструкции благодаря высокой светопроницаемости и прозрачности позволяют получить превосходный результат протезирования. Из всех применяемых сегодня в стоматологии материалов керамика является наиболее биосовместимой. Высокая точность краевого прилегания и поверхность, препятствующая образованию зубного налета, позволяют рассматривать ее как идеальный материал для таких микропротезов, как «in-lay» (вкладки), «on-lay» (накладки), «over-lay» (¾ корон-

ки), виниры и адгезивные мостовидные протезы. Цветостабильность, высокая эстетичность, гипоаллергенность и химическая стабильность – преимущества керамики по сравнению с композитами. Особо следует подчеркнуть, что любые микропротезы будут более физиологичны, чем пломбы, так как зубной техник изготавливает их с учетом не только плотных апроксимальных контактов, но и с учетом анатомии окклюзионных поверхностей, что невозможно с точностью повторить в случае обширной пломбы. Очевидна и гнатологическая целесообразность микропротезирования. Керамика позволяет восстановить такие цвет, форму, прозрачность, блеск, устойчивость к истиранию, как у естественного зуба [6, с. 48-49].

Для получения хорошего результата протезирования безметалловой керамикой необходимо соблюдать следующие принципы препарирования зубов [2, с. 335-337].

Препарирование фронтальной группы зубов производится по стандартной (общей) схеме. Необходимо сформировать циркулярный уступ на глубину 1 мм на границе препарирования. Кроме того, рекомендуется обеспечить конусность препарируемого зуба от 6 до 8°. Также закругляются внутренние углы, так как отпрепарированный зуб не должен иметь острых краев (минимальный радиус – около 0,4 мм).

Препарирование в области режущего края. С эстетической точки зрения в области режущего края (inzisale) необходимо снять 2 мм тканей зуба. Минимальная ширина режущего края должна составлять 0,9 мм, чтобы гарантировать точное воспроизведение внутренней поверхности циркониевого каркаса.

Для препарирования небной поверхности зубов специалисты предлагают использовать специальный бор Palatinalschleifers.

Тот же инструмент можно применять для закругления острых краев и переходов между аксиальными поверхностями и режущим краем [1, с. 9-21].

Препарирование жевательной группы зубов. С окклюзионной стороны премоляров и моляров снимают 1,5 мм твердых тканей зуба. Ввиду высокой прочности оксида циркония минимальная толщина стенок каркаса может быть всего 0,4 мм. При препарировании необходимо обеспечивать конусность препарируемого от 3 до 4°. Переходы между апроксимальными и окклюзионной поверхностями следует закруглять [3, с. 148-155].

Рельеф на окклюзионной поверхности должен представлять собой упрощенную форму жевательной поверхности. Углы открытия окклюзионной поверхности от 120 до 140° гарантируют точное воспроизведение реставрируемых внутренних поверхностей во время фрезеровки и хорошее внутреннее прилегание. Препарирование с использованием специального бора Palatinalschleifers. Препарирование жевательных зубов ромбовидный алмазный бор, который рекомендуется для подготовки окклюзионной поверхности, должен располагаться перпендикулярно к оси зуба.

Для получения оттисков могут применяться следующие группы оттискных материалов: гидроколлоидные, полисилоксановые и полиэфирные. Полисилоксановые материалы применяют при одно- и двухэтапной технике получения оттисков [4, с. 48-49].

Для фиксации цельнокерамических конструкций возможно применение стеклоиономерных и композитных цементов.

Для адгезивной фиксации цельнокерамических конструкций могут быть рекомендованы композитные цементы двойного отверждения, например, Panavia 21, Panavia F и X Unicem.

Для временной фиксации можно использовать безэвгенольные материалы Temp Bond, TempoCem.

Для выверки окклюзионных контактных пунктов применяют мелкозернистые алмазные инструменты со средним гранулированием 15. В завершении полировка может происходить резиновыми полирами с алмазными частицами и полировочной пастой для керамики.

Для снятия цельнокерамических коронок на окклюзионной поверхности или с режущего края делают распил бором и далее вдоль апроксимальной стенки до ее середины. Коронку разгибают при помощи специальных щипцов и ломают. Остатки фиксирующего цемента удаляют при помощи ультразвука [5, с. 134-143].

Список литературы

1. Вольвач С.И. Автоматизированные технологии изготовления реставраций. Основные тенденции развития / С.И. Вольвач // Новое в стоматологии. 2002. № 3 (103). С. 9-23.

2. Емелина Г.В., Зюлькина Л.А, Кузнецова Н.К., Суворова М.Н., Емелина Е.С. Результаты интервьюирования пациентов терапевтического стоматологического приёма. В сборнике: Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2015) сборник статей V Международной научной конференции. под ред. А. Н. Митрошина, С. М. Геращенко. 2015. С. 335-337.

3. Емелина Г.В., Никонова А.В., Пылайкина В.В, Емелина Е.С. Современные методы диагностики в стоматологии. Современные тенденции развития науки и технологии. 2016. № 12-2. С.65-67.

4. Зюлькина Л.А., Суворова М.Н., Емелина Г.В., Кузнецова Н.К., Воробьёва Е.Е., Кавтаева Г.Г. Современное состояние вопроса использования физиотерапевтических методов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта. Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. С.300.

5. Лебеденко И.Ю. Компьютерные реставрационные технологии в стоматологии. Реальность и перспективы / И.Ю. Лебеденко, А.Б. Перегудов, С.М. Вафин // Панорама ортопед. стоматологии. 2002. № 2. С. 40-45.

6. Полховский Д.М. Восстановление разрушенных зубов цельнокерамическими коронками, изготовленными с помощью технологии автоматизированного производства зубных протезов / Д. М. Полховский // Мед. новости. 2009. № 15. С. 59-63.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Косолапкина М.С.
ординатор факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Емелина Е.С., Пылайкина В.В.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Фролова К.Е.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

В данной статье ниже будут приведены особенности и важность замещения дистально неограниченных дефектов зубных рядов в полости рта (I и II классы по классификации Кеннеди), так как эта тема сейчас актуальна из-за частоты встречаемости дефекта.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, бюгельное протезирование, оттиски, замещение дефектов зубных рядов.

Бюгельный протез – это разновидность съемных зубных протезов. Отличительной особенностью бюгельного протеза является присутствие в нём дуги или литого металлического каркаса. Преимущества его в том, что благодаря ему удаётся уменьшить толщину и объём пластмассового базиса, что облегчает задачу его использования [1, с. 84-85]. К минусам можно отнести действие на слизистую оболочку неравномерного распределения давления на ткани протезного ложа под базисом съемного протеза, которое зачастую может приводить к атрофии альвеолярного отростка.

Что же касается дуги, то она выполняет фиксирующую и опорную функции. Металлический каркас бывает 2 видов – паяный или цельнолитой. По ценовой политике первый дешевле, но приносит пациенту меньше удобств и сейчас реже используется в практической стоматологии [3, с. 14-18]. Сплавы же из хромо – кобальта, золото – платины и нержавеющей стали, являются материалами для изготовления каркаса. Для применения данного протезирования необходимо наличие крепких и устойчивых опорных зубов, чтобы к ним лучше фиксировались и удерживали коронки с замковым креплением или кламмеры.

До сегодняшнего дня не разработан такой материал, который в должной мере соответствовал бы требованиям, предъявляемым к качеству оттиска [5, с. 115-123].

Дело в том, что в последнее время, так, как исследователи нашли выход в виде цельнолитых каркасов бюгельного протеза для замещения дефектов, ученые столкнулись с другой проблемой, у них не было высокоточного мате-

риала для снятия оттиска, ведь для данного вида ортопедического лечения это было просто необходимо (Р.М.Раппопорт, В.И.Бессонов, 1983).

Непосредственные плюсы выступают передовыми – высокая функциональная эффективность, отсутствие нарушения эстетики, внешнего вида, а также исключение вкусовых нарушений (Л.А.Пашковская, 1963; С.Д.Еварц, 1967).

Неоднократно, на протяжении многих лет проводились клинико-лабораторные исследования при данной патологии таких пациентов, которые позволили в дальнейшем пространственно ориентировать каркас, получение высокоточного оттиска стало возможным благодаря новому материалу Альгеласт и Стомальгин, ими же снимают вспомогательные оттиски. Без особо видимых проблем стали производить постановку искусственных (пластмассовых, чаще) зубов, учитывая индивидуальные параметры зубочелюстной системы [2, с. 54-58].

Дело в том, что в последнее время, так как исследователи нашли выход в виде цельнолитых каркасов бюгельного протеза для замещения дефектов, ученые столкнулись с другой проблемой, у них не было высокоточного материала для снятия оттиска, ведь для данного вида ортопедического лечения это было просто необходимо (Р.М.Рапопорт, В.И.Бессонов, 1983).

Всем известно, что на этапе снятия оттиска может быть допущена масса не желательных ошибок-это и неточность отображения зубного ряда, пористость слепочного материала, смещения зубной дуги и д.р. не менее важные неточности, которые к сожалению играют ничуть не положительную роль при работе и в дальнейшем приводят к усугублению на последующих этапах изготовления данного протеза.

Всем известно, что на этапе снятия оттиска может быть допущена масса не желательных ошибок-это и неточность отображения зубного ряда, пористость слепочного материала, смещения зубной дуги и другие не менее важные неточности, которые к сожалению играют ничуть не положительную роль при работе и в дальнейшем приводят к усугублению на последующих этапах изготовления данного протеза [4, с. 299].

Клинические.

1. Осмотр полости рта, сбор анамнеза, постановка диагноза, выбор конструкции, снятие высокоточных слепков.

2. Определение центральной окклюзии, диагностическая модель рассматривается в параллелометре, нанесение чертежа будущего протеза.

3. Нанесение линий и рисунка каркаса также с помощью аппарата.

4. Припасовка металлического каркаса в ротовой полости пациента, происходит подбор искусственных зубов.

5. Проверка конструкции в полости рта.

6. Наложение протеза. Рекомендации по использованию.

Лабораторные этапы.

1. Отливка моделей.
2. Изготовление базисов с окклюзионными валиками.
3. Изготовление рабочей модели.

4. Подготовка к дублированию.
5. Загипсовка моделей в артикулятор, производится постановка искусственных зубов.
6. Замена воскового базиса на пластмассовый.
7. Шлифовка и полировка протеза.

В заключении, можно прийти к выводу, что в настоящее время широко внедряются конструкции бюгельных протезов, тем самым облегчая собой задачу перед протезированием пациентов с дистально неограниченными дефектами зубных рядов.

Список литературы

1. Арутюнов С.Д., Ерошин В.А., Перевезенцева А.А., Бойко А.В., Широков И.Ю. Критерии прочности и долговременности временных несъемных зубных протезов // Институт стоматологии. – СПб., – 2010. – №4. – С. 84-85.
2. Арутюнов С.Д., Панин А.М., Антоник М.М., Юн Т.Е., Адамян Р.А., Широков И.Ю. Особенности формирования окклюзии искусственных зубных рядов, опирающихся на дентальные имплантаты // Стоматология. – М., 2012. – №1(91). – С. 54-58.
3. Иванов П.В., Калмин О.В., Маланьин И.В., Зюлькина Л.А., Емелина Г.В., Шастин Е.Н. Актуальность исследования одонтометрических показателей и проблема редукции жевательного аппарата в зависимости от сомато- и кефалотипа среди населения Пензенской области. Фундаментальные исследования. 2009. №5. С. 14-18.
4. Игидбашян В.М., Зюлькина Л.А., Суворова М.Н., Емелина Г.В., Кузнецова Н.К., Кавтаева Г.Г. Современные подходы к вопросам комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. С. 299.
5. Суворова М.Н., Иванов П.В., Зюлькина Л.А., Емелина Г.В., Кузнецова Н.К. Распространённость и интенсивность кариеса и болезней пародонта у инвалидов по слуху в Пензенском регионе. Известие высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2015. №4(36). С. 115-123.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА

Костычев Н.А.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук,
ИАТЭ НИЯУ МИФИ, Россия, г. Обнинск

Макушкин А.В.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук,
ИАТЭ НИЯУ МИФИ, Россия, г. Обнинск

Шулигина И.В.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук, доцент,
Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва,
Россия, г. Саранск

Реакцию организма студентов в период сессии, несомненно, можно рассматривать, как стресс. Степень эмоционального напряжения нарастает в зависимости от индивиду-

альной оценки ответственности за выполняемую работу, возложенных обязанностей, ожидаемых результатов деятельности и индивидуальных физиологических особенностей студентов. Все это оказывает существенное влияние на функционирование сердечно-сосудистой системы во время стресса.

Ключевые слова: стресс-реакция, тревожность, гемодинамика, психофизиологические реакции.

Жизнь человека в современном мире состоит из постоянно сменяющих друг друга эмоциональных состояний – положительных и отрицательных. Проблема изучения отрицательных эмоциональных состояний привлекает интерес исследователей важной ролью отрицательных эмоций в механизме развития многих заболеваний человека. В тоже время, моделирование таких состояний намного проще по сравнению с воспроизведением положительных эмоций. Примером отрицательных эмоций может являться стресс.

Состояние студентов в период экзамена, несомненно, можно рассматривать, как стресс. В связи с этим, в ее формировании наиболее существенную роль играют межсистемные связи. Особенно задействованными, чаще всего, оказываются нервная, гормональная и висцеральная системы организма. Система кровообращения отличается высокой реактивностью и играет первостепенную роль в адаптационных перестройках функционального состояния организма. И действительно, у студентов регистрируются значительные изменения функциональных параметров сердечно-сосудистой системы в период экзаменационной сессии. При этом в зависимости от характера, силы и продолжительности стресс-воздействия, исходного состояния организма, его функциональных резервов и индивидуальных психофизиологических качеств, течение его варьирует. Степень эмоционального напряжения нарастает в зависимости от индивидуальной оценки ответственности за выполняемую работу, возложенных обязанностей, ожидаемых результатов деятельности. А также, индивидуальные особенности студентов оказывают существенное влияние на функционирование сердечно-сосудистой системы во время стресса.

Целью изучения стали изменения гемодинамических показателей и психологических особенностей в период экзаменационного стресса в зависимости от индивидуальных особенностей у студентов медицинского факультета.

Материал и методы. Были обследованы 70 человек 2 и 3 курса в возрасте 18-20 лет (средний возраст 18,5±0,25 года).

Обследование проводилось в межсессионный период и непосредственно перед экзаменом. Для изучения особенностей регуляции деятельности сердца проводилась электрокардиография. Испытуемый находился в состоянии покоя лежа не менее 5 минут до начала регистрации.

Исходя из сложившихся в настоящее время теории и практики изучения стрессовых реакций, в качестве оцениваемых показателей были выбраны частота сердечных сокращений (ЧСС) и показатели функционирования вегетативной нервной системы (ВНС), оцененные путем анализа последователь-

ности кардиоинтервалов. Оценка систолического (АДс) и диастолического (АДд) артериального давления осуществлялась с помощью автоматического тонометра.

При психологическом тестирование дифференцированно измеряли уровень ситуационной тревожности по методике, предложенной Ч.Д. Спилбергером, адаптированная Ю.Л. Ханиным [1]. Средний уровень реактивной (ситуативной) тревожности, определенной по опроснику Спилбергера, в спокойном состоянии равнялся 36,2 ± 0,5 баллов. Перед экзаменом этот показатель значительно возрастал, достигая в среднем 57,1 ± 0,6 балла, что свидетельствует о достаточно высоком уровне реактивной тревожности у студентов перед экзаменом.

В день экзамена проводился опрос студентов по поводу предполагаемой оценки. По разнице между реально полученной и ожидаемой оценками были сформированы следующие группы студентов: "оптимисты", ожидавшие получить отметку выше реально полученной на экзамене; "реалисты", у которых ожидаемая и полученная оценка совпали, и "пессимисты", которые субъективно занижали свои возможности. Все обследованные студенты были разделены на три группы в соответствии с разницей между предполагаемой и полученной оценками.

Среднее значение ситуационной тревожности в межсессионный период составило 31,3± 1,5 балла, с преобладанием студентов с низким и средним уровнем тревожности. Статистический анализ изучаемых показателей АДс и АДд не выявил достоверного различия между группами студентов с разным уровнем тревожности, и прогнозируемой и полученной оценки. Изучение изменения ситуационной тревожности у студентов в ситуации ожидания экзамена показало ее значительное увеличение, особенно лиц с высокой тревожностью, по отношению к межсессионному периоду.

В наибольшей степени увеличение ЧСС произошло в группе "пессимистов" и "реалистов", в то время, как у "оптимистов" ЧСС в среднем повысилась незначительно. Изучение степени повышения ЧСС в зависимости от уровня знаний показало, что прирост данного показателя максимален в группе отличников, затем, в порядке уменьшения, "ударников", "двоечников" и "троечников".

Общеизвестно, что индикатором уровня знаний и степени подготовленности студентов служит оценка, полученная на экзамене. Изучение изменений значений показателей сердечной деятельности в зависимости от уровня знаний указывает на выраженную реакцию в ответ на экзаменационный эмоциональный стресс у "отличников" и "хорошистов". В этой группе в значительной степени происходит достоверное увеличение активности симпатического отдела ВНС и снижение значений показателей состояния парасимпатического отдела. Для группы студентов, получивших на экзамене неудовлетворительную отметку, достоверных изменений значений исследованныхпоказателей перед экзаменом по сравнению с межсессионными данными не обнаружено. Достоверное увеличение АДд характерно только для "отличников".

Сравнение функционального состояния сердечно-сосудистой системы-студентов в межсессионный период с еесостоянием перед экзаменом показало достоверное увеличение доли "симпатикотоников" и снижение доли студентов с "нормотоническим" типом регуляции.

Таким образом, данные нашего исследования подтверждают влияние стресса на сердечную деятельность, при этом обнаруживаются повышение артериального давления и индекса напряжения. Поэтому, лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Для низкотревожных людей требуется возбуждение заинтересованности, мотивации, ответственности в решении тех или иных задач.

Список литературы

1. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб.: Питер, 2001. 560 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОГЕННОЙ ИСТОЩАЕМОСТИ И КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ

Костычев Н.А.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук,
ИАТЭ НИЯУ МИФИ, Россия, г. Обнинск

Макушкин А.В.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук,
ИАТЭ НИЯУ МИФИ, Россия, г. Обнинск

Шулигина И.В.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук, доцент,
Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва,
Россия, г. Саранск

Произвольное воспроизведение информации осуществляется при включении внимания и требует умственных усилий. Студенту медицинского факультета необходимо запоминать огромный объем материала чтобы ориентироваться в медицине и владеть оперативными методиками.

Ключевые слова: память, мышление, когнитивные способности.

В современном обществе требуется высокое напряжения и физических, и интеллектуальных способностей. Неотъемлемой составляющей усвоения информации является память. Память – это особая форма психического отражения действительности, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении информации в живой системе. Одним из видов памяти является кратковременная или электрофизиологическая память, которая сохраняет информацию на протяжении 15-30 секунд и в последствии может переходит в долгосрочную, для дальнейшего использования ее на протяжении жизни.

Современному студенту-медику необходимо запоминать огромный объем материала, для того чтобы не только ориентироваться в медицине, но и владеть оперативными методиками.

Целью нашей работы явились исследования по изучению объема кратковременной памяти и психогенной истощаемости у студентов 3 курса медицинского института.

Материал и методы. Студентам была предложена методика определения кратковременной памяти и психогенной истощаемости у человека. Было обследовано 62 студента.

С этой целью у студентов мы установили, то максимальное количество знаков, которые они могут запомнить с одного предъявления и точно воспроизвести. Мы предъявляли обследуемому в течение 40 секунд 20 слов с порядковыми номерами. Затем закрывали текст и просили обследуемого в протоколе опыта написать слова с их порядковыми номерами. Продуктивность запоминания рассчитывали по формуле: количество правильно воспроизведенных слов поделенных на 20 и умножить на 100%.

Проведение теста повторяли пятикратно, каждый раз вычисляя количество правильно воспроизведенных знаков. Если к 5-му предъявлению обследуемый запомнил 15 слов, то это удовлетворительный результат, если к третьему – хороший. Если же количество запомнившихся слов возрастает с увеличением числа предъявлений и к 3-му предъявлению устанавливается максимум, то можно сделать заключение, что психогенная истощаемость не наблюдается. Если обследуемый воспроизводит малое количество знаков и после 2-4-го предъявления количество их уменьшается, то это свидетельствует о психогенной истощаемости. Появление лишних знаков расценивают как признак психогенной истощаемости.

В результате наших исследований были проанализированы полученные данные и получены следующие результаты, так состояние кратковременной памяти у 64,5% студентов оценивается как хорошее, у 35,5% – удовлетворительное состояние кратковременной памяти. Психогенная истощаемость при проведении обследования не наблюдалась ни у одного студента. По результатам наших исследований свидетельствуют о том, что хорошее состояние кратковременной памяти наблюдается у большинства студентов, однако у 35,5% оно удовлетворительное и для этих студентов целесообразны систематические упражнения для тренировки памяти и внимания, которые могут улучшить когнитивные способности.

С целью тренировки когнитивных способностей используют упражнения для повышения концентрации внимания, быстроты реакции, умственной работоспособности и психомоторной координации. К числу наиболее известных упражнений можно отнести пробы Шульте, Бурдона, реципрокную координацию.

А вот тренировка собственно самой памяти путем заучивания и воспроизведения слов, рисунков и предметов или смысловых фрагментов, как правило, не приносит желаемого эффекта. Более целесообразно обучить специальным приемам запоминания: так, нужно пользоваться смысловыми опо-

рами, смысловыми соотношениями и смысловой группировкой – кто хорошо осмысливает, тот хорошо запоминает и долго помнит, также нужно повторять до того, как материал стал забываться, а заучивать и повторять материал нужно малыми дозами. Когда учите нужно записывать, рисовать, изображать и сравнивать с тем, что знали раньше. Известно, что лучше запоминается эмоционально окрашенная информация.

Поэтому для более эффективного усвоения информации целесообразно рекомендовать пациенту попытаться найти в ней какие-либо яркие и запоминающиеся смысловые или ситуативные ассоциации. Следует также иметь в виду, что информация, представленная визуально, обычно запоминается лучше. Особое внимание следует уделить режиму дня и диете, богатой витаминами, антиоксидантами и ненасыщенными жирными кислотами.

ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Костычев Н.А.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук,
ИАТЭ НИЯУ МИФИ, Россия, г. Обнинск

Перепелов А.В.
доцент кафедры внутренних болезней, канд. мед. наук, доцент,
ИАТЭ НИЯУ МИФИ, Россия, г. Обнинск

Шулигина И.В.
доцент кафедры нормальной физиологии, канд. мед. наук, доцент,
Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва,
Россия, г. Саранск

Обучение в высшем учебном заведении может обусловлено изменением привычных жизненных стереотипов, смену места проживания, изменения условий для самостоятельной работы, изменение режима дня и питания, что сказывается на состоянии здоровья. Поэтому оздоровительные мероприятия, направленные на успешность процесса адаптации к обучению и на коррекцию физического развития, являются важной частью здорового образа жизни.

Ключевые слова: физическое здоровье, активность, развитие, методика Апанасенко.

При нормальном физическом развитии и функционировании органов и систем зависит способность организма сохранять устойчивость и адаптация к меняющимся условиям внешней среды. Известно, что поступление в высшее учебное заведение у большинства студентов влечет за собой изменение привычных жизненных стереотипов, смену места проживания, изменения условий для самостоятельной работы, изменение режима и качества питания. Исследования по изучению состояния здоровья студентов свидетельствуют о более частых и глубоких отклонениях у них состояния здоровья по мере уве-

личения учебной нагрузки, нарушения режима дня. Наиболее выраженные изменения таких показателей как АД, мышечная сила, острота зрения и т. д.

Целью нашего исследования явилось изучение физического развития и состояния здоровья у студентов 3 курса медицинского института.

Материал и методы. Было обследовано 64 студента 3 курса медицинского института в возрасте 18-19 лет.

Отмечено, что низкая физическая активность отмечается почти у 64% студентов, а избыточную массу тела имеют 9,4% обследованных студентов. Следует подчеркнуть, что реальное поведение студентов не только не подкрепляется практическими действиями по укреплению своего здоровья, а даже, напротив, они ведут подрывающий здоровье образ жизни. Питание студентов следует охарактеризовать как нерегулярное (43,8%), в сухомятку (21,9%), что приводит к снижению массы тела к нижней границе физиологической нормы (15,6%).

Первым показателем при определении уровня здоровья является отношение массы тела в граммах к росту в сантиметрах. У обследованных юношей средняя масса тела составила 69,5 ± 19,1 кг, а рост, в среднем составил 171,8 ± 13,2 см. У 18,8% юношей уровень соответствует показателю ниже среднего (-1 балл), а 71,2% имеют средний уровень здоровья (0 баллов). У девушек средняя масса тела составила 56,1 ± 9,7 кг, а рост, в среднем 162,1 ± 8,9 см. У 15,6% девушек показатель ниже среднего (-1 балл), а у 84,4% – средний уровень здоровья (0 баллов).

Относительные показатели ЖЕЛ у своевременно и гармонично развитых подростков с возрастом постепенно увеличиваются в пересчете на единицу длины тела и остаются относительно стабильными. Отношение ЖЕЛ (мл) к массе тела (кг) является следующим показателем уровня здоровья. У юношей ЖЕЛ в среднем составила 3,8±0,9 л, а у девушек – 2,5±0,7 л. В группе юношей у 12,5% показатель ниже среднего (-1 балл), 15,6% – с высоким уровнем (3 балла), 34,4% обследуемых имеют уровень здоровья выше среднего (2 балла) и ниже среднего (0 баллов) – 37,5%. У 28,1% девушек высокий (3 балла), по 21,9% со средним уровнем здоровья (1 балл) и выше среднего (2 балла), у 18,8% уровень здоровья ниже среднего (0 баллов) и 9,3% отмечен низкий уровень здоровья (-1 балла).

Большое влияние на работоспособность и деятельность всех органов и систем организма оказывает мышечная активность. Однако в связи с интенсификацией учебной работы студентов, усложнением учебного процесса в режиме современных студентов преобладают статистические виды деятельности (до 80% суточного времени).

Если показатели динамометрии (сила мышц) кисти разделить на массу тела и умножить на 100, то в процентах получим третий показатель уровня здоровья. При определении кистевой динамометрии средняя сила кисти у юношей была равно 38,8 ± 6,8 кг, а у девушек – 21,1 ± 7,5 кг. У юношей этот показатель в среднем равен 55,8 единицам, а у девушек 37,6, причем по 18,8% среди юношей зарегистрирован низкий уровень здоровья (-1 балл) и уровень здоровья ниже среднего (0 баллов), а по 31,2% в группах со средним

уровнем здоровья (1 балл) и уровнем выше среднего (2 балла). Среди девушек группы распределились следующим образом: по 34,4%, 28,1%, 12,5%, 12,5% и 12,5% девушек набрали соответственно -1, 0, 1, 2 и 3 балла.

Умственный труд влияет на сердечно-сосудистую систему, что выражается в учащении сердечного ритма (28,1%) и повышении артериального давления (18,8%), а умственные перегрузки вызывают неблагоприятные сдвиги в работе сердца и гемодинамике и могут оказывать отрицательное влияние на здоровье студентов, этот вывод подтверждается тем фактором, что артериальная гипертония имеется у 15,6% студентов. Студенты с повышенным артериальным давлением характеризуются более быстрой утомляемостью, головными болями, что очевидно должно сказываться на их работоспособности и успеваемости.

Умножив ЧСС на систолическое АД и разделив на 100 получим четвертый показатель уровня здоровья. У юношей этот показатель в среднем равен 91,1±10,2 единицам, а у девушек 72,8±11,4, что соответствует в среднем у юношей среднему уровню, а у девушек выше среднего. Максимальный балл у юношей набрали 18,8%, а у девушек 28,1%; уровень выше среднего у юношей – 34,4%, и у девушек – 46,9%; к среднему уровню здоровья (0 баллов) среди юношей относятся 37,4%, а у девушек – 18,8% и уровень здоровья ниже среднего (-1 балл) имеют 9,4% юношей и 6,2% девушек.

Последним показателем уровня здоровья является время восстановления частоты сердечных сокращений после 20 приседаний за 30 секунд. Так время восстановления ЧСС и АД после физической нагрузки у 15,6% юношей и у 31,2% девушек было выше нормальных показателей. К высокому уровню здоровья (7 баллов) относятся 25% юношей и 18,8% девушек, уровень выше среднего (5 балла) набрали 46,9 юношей и 53,1 девушек, к среднему уровню здоровья (3 балла) можно отнести 28,1% юношей и 21,9% девушек, 6,2% среди девушек имеют уровень здоровья ниже среднего (1 балл).

По общей сумме набранных баллов можно отнести обследуемых к одному из перечисленных ниже уровню здоровья. Среди юношей 46,9%, а среди девушек 56,3% имеют средний уровень здоровья, уровень здоровья выше среднего у 21,9% юношей и 28,1% девушек, уровень здоровья ниже среднего у 31,2% юношей и 15,6% девушек.

Проанализировав уровень физического здоровья среди студентов третьего курса медицинского факультета можно сделать вывод, что 68,8% юношей и 84,3% девушек обладают преимущественно гармоничным физическим развитием и у обследованных нами юношей и девушек уровень здоровья средний или выше среднего, однако вызывает тревогу достаточно большой процент среди студентов, имеющих низкий уровень здоровья. Полученные результаты являются основанием для внедрения оздоровительных мероприятий, направленных на коррекцию физического развития, а также на успешность процесса адаптации к обучению в вузе [1].

Список литературы

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. М.: Издательство Российского университета дружбы народов, 2005. 284 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОМ СТРЕССЕ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ИШЕМИИ

Котельников В.Н.
профессор учебного военного центра, доктор медицинских наук,
Тихоокеанский медицинский университет, Россия, г. Владивосток

Заяц Ю.В.
аспирант Школы биомедицины,
Дальневосточный федеральный университет, Россия, г. Владивосток

Осипов И.О., Курпатов И.Г.
аспиранты, Тихоокеанский медицинский университет,
Россия, г. Владивосток

В статье гипоксический тест рассматривается в качестве одного из приоритетных факторов оценки неврологической симптоматики при церебральной ишемии у крыс. Развитие гипоксического стресса позволяет осуществить интегральную оценку неврологического статуса, что является основой для расширения диагностических возможностей экспериментальных исследований.

Ключевые слова: гипоксия, неврологический статус, церебральная ишемия, крысы.

Значение гипоксического теста для оценки неврологического статуса при церебральной ишемии достаточно велико, так как он создает условия для формирования кислородного голодания тканей головного мозга и во многом определяет эффективность регуляции центральной нервной системы[ЦНС]. В научных исследованиях и клинической практике в настоящее время стремительно возрастает интерес к обоснованию роли и значимости гипоксического стресса, способного инициировать вегетативную дисфункцию, неврологическую симптоматику со стороны ЦНС [1, 3].

Цель исследования состояла в том, чтобы оценить неврологический статус у крыс с церебральной ишемией на фоне острой гипоксии.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 40 крысах линии Вистар, самцах, весом 200-250 гр. в средем 215,3+12,1 гр. Все крысы были разделены на четыре группы. Первая группа состояла из 10 нормотензивных крыс с церебральной ишемией, которая инициировалась окклюзией левой сонной артерии: путем оперативного вмешательства на сосуд накладывалась постоянная лигатура. Магнитно-резонансная томография была выполнена на томографе для экспериментальных исследований PharmaScan US 70/16 (Bruker, Грермания) с напряженностью магнитного поля 7 Тл, частотой 300 МГц и катуш- кой типа BGA 09P. Перед сканированием животных усыпляли и обездвиживали внутрибрюшинной инъекцией раствора рометара в концентрации 5,5 мг/кг и раствора реланиума в концентрации 37 мг/кг. Первое сканирование проводили до операции, второе – сразу после операции и

затем каждые последующие сутки, чтобы следить за проявлением признаков ишемии головного мозга. С помощью данной методики определяли изменения анатомо-топографического строения церебрального русла кровеносной системы. Послойные срезы во фронтальной, сагиттальной и аксиальной плоскостях с получением Т2-томограмм и томограмм, взвешенных по протонной плотности, проводили с применением импульсной последовательности RARE_8 и MSME соответственно. Изображения были получены в последовательности со следующими параметрами: матрица 256×256, толщина среза 1 мм, площадь обзора 4×4 см, Т2-взвешенные изображения: TR/TE – 2579,8/44,5 мс и средневзвешенные изображения: TR/ TE – 1500,8/20,0 мс. По интегралу интенсивности сигнала в течение эксперимента оценивали кровообращение в мелких сосудах. Вторая группа (10 крыс) у которых по оригинальной авторской методике моделировали артериальную гипертензию путем замены питьевой водына 1 % раствор хлорида натрия и назначением полусинтетического рациона, насыщенного электролитами [2]. Средний уровень артериального давления у гипертензивных животных составлял 150,7+4,1 и 98,2+2,8 мм рт ст. У нормотензивных – 120,6+5,7 и 78,4+3,5 мм рт ст. Третья группа включала 10 животных с церебральной ишемией, которым не проводился гипоксический тест, в результате чего неврологической симптоматики не наблюдалось, за счет быстрого развития коллатералей в Велизиевом круге. Четвертая группа животных служили контролем. Артериальное давление измеряли в хвостовой артерии с помощью неинвазивного анализатора ML U/4C 501 (MedLab,КНР) у нормотензивных крыс. Всем животным проводили гипоксический тест по стандартной методике, путем их размещения под специальный купол [4]. Степень гипоксии регистрировали по уровню сатурации кислорода ветеринарным пульсоксиметром MouseOxPlus (StarrLifeSciences, США). Оценку неврологических нарушений проводили по шкале Menzes. Она включает следующие градации: отсутствие симптомов – 0 баллов; тоническая флексия передней противоположной лапы при подъеме за хвост – 1 балл; меньшее сопротивление пассивному движению, оказываемое противоположной передней лапой при потягивании за хвост – 2 балла; движение в противоположную очагу поражения сторону при удержании за хвост – 3 балла; спонтанное вращение крысы на горизонтальной поверхности в противоположную сторону – 4 балла. Оценку неврологических симптомов по шкале Menzes проводили за сутки до операции и после операции через 6, 12, 24, 48 и 72 часа и затем на 7, 14, 21 и 28-е сутки. Оценку нарушения поведенческой реакции экспериментальных животных проводили с помощью определения времени задержки выхода животного в центр исследуемого пространства при помещении в светлую камеру. Поведенческую оценку начинали выполнять через 24 часа после моделирования церебральной ишемии.

Оценка неврологических нарушений и поведения в светлой камере проводилась сравнением с помощью t-теста для парных случаев и анализа переменной (ANOVA). Количественный анализ полученных результатов был выполнен с использованием непараметрических критериев Kruskal–Wallis.

Результаты исследования.

Установлено, что у большинства крыс первой группы после перевязки левой общей сонной артерии и ее ветвейпо данным МРТ развивалась ишемия головного мозга в виде гиперинтенсивного очага в области гиппокампа. У животных данной группы при проведении гипоксического теста на 30 минуте регистрировалось снижении сатурации кислорода в крови от 92 до 89 %(90,2±4,5 %), что соответствовало средней степени тяжести гипоксии. На фоне гипоксического стресса развиваласьневрологическая симптоматика на 2,5±0,15 балла по шкале Menzes. Затем к 45 минуте отмечено нарастание неврологического дефицита, что соответствует 3,2±0,07. Насыщение гемоглобина кислородом составляло менее 82 %. После прекращения гипоксического теста животные полностью восстанавливались, неврологический статус восстанавливался в течении 120 минут.

Во второй и контрольной группах животных на фоне гипоксического стресса изменений неврологического статуса зарегистрировано не было.

Как следует из данных литературы независимо от причины, которая привела к ишемии мозга, в ходе ее всегда развивается каскад патобиохимических изменений, который обусловлен снижением кровотока, что в итоге приводит к необратимым повреждениям нервной ткани по механизмам некроза и апоптоза, вследствие чего у крыс с церебральной ишемией может развиваться и прогрессировать неврологическая симптоматика [5].

Вывод: тест острой гипоксии является триггерным фактором инициации острой неврологической симптоматики у животных с церебральной ишемией, что может быть использовано для расширения диагностических возможностей экспериментальных исследований.

Список литературы

1. Гельцер Б.И., Котельников В.Н., Ким А.П., Макаров А.Б. Психосоматические аспекты тяжелого течения внебольничной пневмонии у лиц профессий повышенного риска // Медицинский Вестник МВД. – №3 (76). – 2015. – С. 59-62.

2. Котельников В.Н., Королев И.Б. Кириллов О.И. Антонюк М.В. // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 18-20.

3. Куценко М.А., Чучалин А.Г. Парадигма коморбидности: синтропия ХОБЛ и ИБС // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 22. – С. 389-392.

4. Новиков В.Е., Катунина Н.П. Изучение антигипоксических свойств новых производных 3-оксипиридина // Вестник. Смоленской медицинской академии. – 2002. – №3. – С. 9-10.

5. Румянцева С.А., Афанасьев В.В., Силина Е.В. Патофизиологическая основа комплексной нейропротекции при ишемии мозга // Украинский неврологический журнал. – 2009. – №1. – С. 69-74.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ МУЖЧИН КЛИНИКИ ОАО «МЕДИЦИНА»

Креймер В.Д.
врач, д-р мед. наук, ОАО «Медицина», Россия, г. Москва

В статье показаны результаты социологического опроса пациентов мужчин клиники после прохождения эндоскопического обследования.

Ключевые слова: медицинский центр, клиника, медицинская помощь, качество медицинской помощи, здравоохранение.

В третьем квартале 2016 года нами после прохождения эндоскопического обследования было опрошено 40 пациентов мужчин клиники ОАО «Медицина». Как и рядом других отечественных авторов нами был использован социологический опросник [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Полученные нами результаты социологического исследования представлены в виде таблиц 1-4.

Таблица 1

Быстрота предоставления медицинской помощи

№	Время	Критерий оценки			
		Очень краткое	Краткое	Долгое	Очень долгое
1	Проведенное в зале ожидания	20 %	77,5 %	2,5 %	-
2	Проведенное в приемной врача	25 %	70 %	5 %	-
3	Ожидания испытаний	22,5 %	72,5 %	2,5 %	2,5 %
4	Ожидания результатов испытаний	27,5 %	70 %	2,5 %	-

Полученные данные показали хорошие результаты. Так 97,5 % пациентов оценили время, проведенное в зале ожидания, как краткое и очень краткое. 95 % оценили время, проведенное в приемной врача, как краткое и очень краткое. 95 % оценили время ожидания испытаний, как краткое и очень краткое. 97,5 % пациентов оценили время ожидания результатов испытаний, как краткое и очень краткое.

Таблица 2

Условия предоставления медицинской помощи

№	Условия	Критерий оценки			
		Отличные	Хорошие	Не очень хорошие	Плохие
1	Возможности назначить встречу	67,5 %	25 %	7,5 %	-
2	Приемные часы врача	80 %	15 %	5 %	-
3	Местоположение приемной врача	65 %	32,5 %	2,5 %	-
4	Реакции на звонки	32,5 %	62,5 %	5 %	-

Положительно оценили возможность назначить встречу 92,5 % пациентов, большинство пациентов (95,0 %) довольны приемными часами врача. 97,5 % положительно оценили местоположение приемной врача.

Таблица 3

Оценка работы врача

№	Критерии	Оценка			
		Отлично	Хорошо	Удовлетвори-тельно	Неудовлетво-рительно
1	Вас выслушают и уделяют Вам внимание	22,5 %	77,5 %	-	-
2	Объяснят Вам все, что Вы хотите знать	25 %	70 %	5 %	-
3	Обращаются к Вам и дают совет	35 %	62,5 %	2,5 %	-
4	Отвечают на Ваши вопросы	22,5 %	67,5 %	10 %	-

Пациентом на хорошо и отлично была оценена работа врача медицинской клиники. 97,5 % врачей дают советы пациенту. 95 % врачей объясняют пациенту все, что он хочет знать. 90 % врачей отвечают на вопросы пациента.

Таблица 4

Оценка оснащенности клиники

№	Критерии	Оценка			
		Отлично	Хорошо	Удовлетвори-тельно	Неудовле-творительно
1	Опрятность и чистота	72,5 %	25 %	2,5 %	-
2	Простая ориентация	75 %	25 %	-	-
3	Удобность и безопасность	75 %	22,5 %	2,5 %	-
4	Конфиденциальность	80 %	17,5 %	2,5 %	-

Большинство пациентов отметили удобность и безопасность (97,5 %), опрятность и чистоту (97,5 %), простую ориентацию на территории (100 %), конфиденциальность клиники (97,5 %).

Полученные результаты коррелируют с результатами ранее проведенных исследований [10, 11, 12, 13, 14, 15].

Список литературы

1. Roitberg G.E., Dorosh Z.V., Sharkhun O.O. A new method for screening diagnosis of insulin resistance // Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2015. Т. 158. № 3. С. 397-400.

2. Roitberg G.E., Kreymer V.D. NBI-endoscopy. Method of early diagnosis of chronic diseases of the gastrointestinal tract // International Journal of Biomedicine. 2012. Т. 2. № 1. С. 41-44.

3. Roitberg G.Ye., Ushakova T.I., Dorosh Zh.V. Role of insulin resistance in diagnostics of metabolic syndrome // Cardiology. 2004. № 3. С. 94.

4. Балабанова Н.В., Датий А.В., Федосеев А.А. Анализ опроса пациентов терапевтического профиля клиники «Медицина» // NovaInfo.Ru. 2016. Т. 1. № 51. С. 277-279.

5. Датий А.В. Данные опроса пациентов женщин гастрологического профиля клиники «Медицина» // Современные тенденции развития науки и технологий. 2016. № 12-2. С. 12-14.

6. Датий А.В. Совершенствование медико-санитарного обеспечения в уголовно-исполнительной системе // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 31. С. 214-218.

7. Датий А.В. Словарь по пенитенциарной медицине // Прикладная юридическая психология. 2015. № 2. С. 190-191.

8. Датий А.В. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью // Медицина. 2013. Т. 1. № 4 (4). С. 74-85.

9. Датий А.В., Воронин Р.М. Некоторые особенности характеристик женщин инвалидов, содержащихся в местах лишения свободы // Человек: преступление и наказание. 2013. № 4. С. 61-63.

10. Дорош Ж.В., Кондратова Н.В., Ройтберг Г.Е., Сластникова И.Д., Шархун О.О. Профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний в работе врача общей практики // NovaInfo.Ru. 2016. Т. 3. № 57. С. 497-502.

11. Креймер В.Д. Ранняя диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки методом цифровой видеоэндоскопии. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ФГУ «Национальный медико-хирургический центр». М., 2010.

12. Ройтберг Г.Е., Дорош Ж.В., Курушкина О.В. Роль адипокинов в прогрессировании метаболических нарушений у пациентов без ожирения с инсулинорезистентностью // Профилактическая медицина. 2010. Т. 13. № 5. С. 23-26.

13. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Галанина Е.В. Сравнительная оценка уровня культуры безопасности в медицинских организациях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. Т. 24. № 4. С. 204-208.

14. Ройтберг Г.Е., Ушакова Т.И., Шархун О.О., Дорош Ж.В. Интегральный подход к диагностике метаболического синдрома в клинической практике // Кардиология. 2012. Т. 52 № 10. С. 45-50.

15. Ройтберг Г.Е., Шархун О.О., Платонова О.Е., Ушакова Т.И. Неалкогольная жировая болезнь печени как фактор риска атеросклероза // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 7. С. 20-24.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Кузьменко А.В.
заведующий кафедрой урологии, д.м.н., доцент,
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
Россия, г. Воронеж

30 женщинам с диагнозом «Хронический рецидивирующий бактериальный цистит в стадии обострения» был проведена оценка психоэмоционального статуса и качества жизни. Всем пациенткам проводилась антибактериальная терапия. Купирование воспалительной реакции у пациенток с хроническим циститом в стадии обострения на фоне проведенной терапии позволило улучшить их психоэмоциональное состояние, снизив выраженность тревожно-депрессивных расстройств, а так же повысить качество жизни данной группы больных.

Ключевые слова: цистит, депрессия, тревожные расстройства.

Введение. Рецидивирующая инфекция (РИ) нижних мочевых путей (НМП) является одной из наиболее актуальных и обсуждаемых урологических проблем, что обусловлено высокой частотой рецидивов заболевания [1, 2, 3]. При этом данная патология может возникать как первично, так и быть осложнением различных предшествующих заболеваний [4, 5, 6]. Кроме медицинской составляющей, крайне важна социальная значимость этой проблемы [1]. Заболевание представляет для больных серьезные неудобства и приводит к резкому снижению физической и психической активности, ограничению свободы передвижений. Как и любой хронический процесс, данное состояние откладывает свой отпечаток и на психоэмоциональном статусе

больных [2]. Хронический цистит охватывает в большинстве своем работоспособное население, может приводить к утрате трудоспособности и развитию неврозоподобного состояния, лишает женщин полноценного ночного сна и привычного образа жизни [3].

Таким образом, высокая медико- социальная значимость этой проблемы обуславливает необходимость совершенствования диагностики и методов лечения данной патологии.

Материалы и методы. За период с января по декабрь 2015г, нами было обследовано 30 женщин в возрасте от 19 до 50 с диагнозом: «Хронический рецидивирующий бактериальный цистит в стадии обострения». Всем пациенткам проводилась антибактериальная терапия препаратом Фурамаг по 100 мг 3 раза в день в течение 5 дней. После окончания курса антибактериальной терапии для профилактики рецидивов пациенткам назначался препарат Монурель в дозировке 1 таблетка в день в течение 15 дней каждого месяца в течение 3 мес.

С целью оценки психоэмоционального состояния больных, был проведен анализ показателей тяжести тревожно-депрессивных расстройств, качества жизни пациенток на 1-е сутки терапии и через 3 месяца. Было проведено обследование с помощью батареи психометрических и психологических методик: шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), тревоги (HARS); шкалы оценки качества жизни Sf-36.

Результаты и их обсуждение. При поступлении все женщины предъявляли жалобы на пониженное настроение, бессонницу, тревогу за своё состояние, невозможность получить удовольствие от простых вещей.

Оценка психического статуса на 1-е сутки: по шкале Гамильтона для оценки депрессии у больных наиболее выражены симптомы депрессивного настроения, суточные колебания состояния и их выраженность, психическая тревога, ранняя и поздняя бессонница, ипохондрия. Средний балл по шкале Гамильтона составил 15, что соответствует средней степени выраженности депрессивной симптоматики. Депрессия легкой степени наблюдалась у 3 пациентов (10%), средней степени тяжести – у 13 человек (43,3%), тяжелая депрессия – у 11 больных (36,7%), очень тяжелая – у 3 пациентов (10%).

По шкале Гамильтона для оценки тревоги наиболее выражены симптомы тревожного и депрессивного настроения, мочеполовые симптомы, напряжение, инсомния. У больных уровень тревоги в среднем составил 16 баллов, что по шкале Гамильтона соответствовало «симптомам тревоги».

При поступлении тревогу испытывали 25 пациентов (83.3%), отсутствие тревоги отмечалось у 5 опрошенных (16.6%).

По опроснику качества жизни Sf-36 в данной выборке больных наиболее низкие показатели наблюдались по шкалам: «общее здоровье»; «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»; «жизненная активность»; «социальное функционирование».

Через 3 месяца депрессия отсутствовала в 8 (26,6%) случаях, легкая степень депрессии отмечалась у 13 (43,3%) пациенток, а средней степени тяжести депрессия – у 11 (36,6%). Тяжелая депрессия и очень тяжелая отсут-

ствовала (0%). Тревога была купирована у 25 пациенток (83,3%), при ее сохранении у 5 женщин (16,6%).

По опроснику качества жизни Sf-36 определялось повышение показателей по шкалам: «общее здоровье»; «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»; «жизненная активность»; «социальное функционирование».

Выводы.

1. После проведенной терапии и купирования воспалительной реакции у больных с хроническим циститом в стадии обострения было отмечено снижение уровня депрессии с «очень тяжелой» до «средней степени тяжести», количество пациенток с симптомами тревоги уменьшилось на 66.7%. Следовательно, данная терапия лишь частично купирует тревожно-депрессивные расстройства.

2. Таким образом, купирование воспалительной реакции у пациенток с хроническим циститом в стадии обострения на фоне проведенной терапии позволило улучшить их психоэмоциональное состояние, а также повысить качество жизни данной группы больных. Тем не менее, учитывая сохраняющийся высокий уровень психоэмоциональных нарушений у женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения необходимо дальнейшее совершенствование методов лечения данной категории больных.

Список литературы

1. Гяургиев Т.А. Оценка эффективности хронотерапии и фототерапии в комплексном лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/Т.А. Гяургиев, А. В. Кузьменко, Ж. В. Власова, М. Н. Химичева // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – №3, Т. 14. – С. 422-425.

2. Гяургиев Т.А. Тревожно-депрессивные расстройства у больных с хроническим рецидивирующим циститом в стадии обострения / Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, Д.В. Попов, Н.В. Курносова// Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т.20, №4. – С. 128.

3. Гяургиев Т.А. Лечение больных с хроническим рецидивирующим циститом в стадии обострения в комплексе с фототерапией с использованием аппарата «Светозар»/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, В.М. Вахтель, П.А. Лукъянович // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т.13, №4. – С. 821-824.

4. Гяургиев Т.А. Морфометрический анализ эффективности хронотерапии и фототерапии в лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, А.Л. Лавренов// Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2015. – Т.14, №3. – С. 477-481.

5. Кретов Р.С. Эффективность применения фототерапии у больных после операции на наружных половых органах/ Р.С. Кретов, И.В. Шабунова, А.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14, №3. – С. 507-509.

6. Кузьменко А. В. Оценка влияния различных видов литокинетической терапии на состав конкремента при мочекаменной болезни с использованием спектрального анализа / А.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, А.Ю. Титов// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14, №3. – С. 540-543.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Миняйло О.Н.
аспирант первого года очной формы обучения по специальности «Биологические науки» (03.00.00). Генетика (03.02.07), Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия, г. Белгород

В статье изучение факторов риска возникновения язвенной болезни желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки рассматриваются основополагающие факторы риска в возникновении язвенной болезни. Проводится сравнительный анализ факторов риска: какие из них чаще встречаются при язвенной болезни желудка, а какие при язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Введение.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хронические рецидивирующие заболевания, протекающие с чередованием периодов обострения и ремиссии, главным морфологическим признаком которых являются язвы [2]. Язвенная болезнь значительно распространена среди лиц трудоспособного возраста, склонна к затяжному течению и частым обострениям, приводящим к развитию осложнений [1]. В свою очередь это приводит к длительным срокам временной нетрудоспособности, ранней инвалидизации и преждевременной смертности больных, вызывая не только медицинскую, но и социальную значимость заболевания [3]. К причинам и условиям возникновения заболевания можно отнести как эндогенные: наследственная предрасположенность, так и экзогенные: прием нестероидных противовоспалительных препаратов, неправильное питание, вредные привычки, длительные психоэмоциональные перегрузки. Ежегодно язвенную болезнь диагностируют примерно у 3% пациентов [2, с. 117]. Следовательно, изучение факторов, приводящих к развитию заболевания, являются наиболее актуальными.

Цель исследования.

Определение основополагающих факторов риска в возникновении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы.

Проводилась выборка пациентов русской национальности, являющихся уроженцами Центрального Черноземья РФ и не имеющих родства между собой. Группу исследования составили 50 человек с язвенной болезнью желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки из которых 25 человек страдают язвенной болезнью желудка, 23 человека язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки и 2 больных имеют сочетанное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинико-лабораторное обследование и формирование выборки больных производится на базе гастроэнтерологического отделения Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. Пациенты включаются в соответствующую группу только после уста-

новления диагноза, подтвержденного с помощью клинических и лабораторно-инструментальных методов.

Результаты исследования.

Установлено, что у пациентов с язвенной болезни желудка встречаются такие факторы риска как: курение – у 28% пациентов, злоупотребление алкоголем – у 20% пациентов, стресс – у 76% пациентов, употребление нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) – у 80% пациентов, погрешности в диете – у 76% пациентов, которые употребляли острую, жирную пищу и делали частые перекусы булочками и бутербродами. А среди больных с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки выявлены следующие факторы риска: курение- у 52,17% пациентов, злоупотребление алкоголем – у 26,1% пациентов, стресс – у 65,2% пациентов, употребление нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)- у 34,8%, погрешности в диете – у 73,9% пациентов.

Выводы.

Таким образом в проводимой выборке у пациентов с язвенной болезнью желудка встречаются чаще такие факторы риска, как: курение в 1,86 раз, злоупотребление алкоголем 1,3 раза, чем у пациентов с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки. А у больных с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки чаще выявляются: стресс в 1,2 раза, прием нестероидных противовоспалительных препаратов 2,3 раза, погрешности в диете в 1,03 раза, чем у больных с язвенной болезнью желудка.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка (краткое практическое руководство). – М.: «МЕДпресс-информ», 2002.
2. Клиническая гастроэнтерология (болезни пищевода, желудка, кишечника): Практ. пособие / И.И Гончарик. – Мн.: Ураджай, 2002. -117 с.
3. Янукий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376с.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Миронов Е.В.
ординатор факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Емелина Е.С., Пылайкина В.В.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Корецкая Е.А.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Исследование посвящено рассмотрению вопросов протезирования в детском возрасте.

Ключевые слова: протез, дети, полость рта, организм.

Детское протезирование является неотъемлемой частью плановой санации полости рта у детей. Если рано удалить временные зубы, то нарушается целостность зубных рядов и начинаются изменения в функции жевания. Сначала они имеют приспособительный характер, а потом играют роль этиологических факторов возникновения зубочелюстных деформаций.

Дефекты коронок зубов и зубных рядов занимают важнейшее место среди всех стоматологических заболеваний. Это связано с особенностями быстрого роста детского организма, с несовершенством зубочелюстного аппарата и других физиологических систем.

Среди множественных факторов, обеспечивающих правильный рост и развитие ребенка, огромное значение имеет правильность формирования всех отделов пищеварительного тракта и особенно жевательного аппарата, его работа во многом зависит от сохранения целостности временных и постоянных зубов [2, с. 65-67].

Многие стоматологи часто недооценивают роль временных зубов, они имеют большое значение не только в правильном формировании зубочелюстного аппарата, но и в обеспечении роста и развития ребенка в целом.

Дефекты зубных рядов у детей имеют более важное патогенетическое значение для жевательного аппарата и общего состояния организма, чем у взрослых, что связано прежде всего с нарушением процессов роста и формирования челюстно-лицевой области. При этом может нарушаться не только становление функций жевания, глотания и речи, но и происходит неправильное формирование формы прикуса, положения головы и осанки. Вследствие этого большое значение имеют вопросы распространенности дефектов зубных рядов у детей, их своевременной диагностики и качественного ортопедического лечения [5, с. 337].

Потеря временных зубов приводит к большим морфологическим и функциональным изменениям во всем зубочелюстно-лицевом комплексе, так как они являются аппаратом, воспринимающим тактильные и механические раздражения. И их отсутствие вызывает угасание рефлекторных дуг, начинающихся в периодонте, и нарушение физиологических процессов роста и формирования жевательного аппарата. Если удалить временные моляры и постоянные жевательные зубы, то сустав ребенка во время жевания пищи будет смещать нижнюю челюсть вперед или в сторону, при этом возникает привычка жевать передними зубами, из-за этого формируется прогенический или перекрестный прикус со смещением челюсти вперед или в сторону. В результате передние зубы перегружаются, травмируются, воспаляются десна и межзубные сосочки [4, с. 252-257].

Преждевременная потеря временных зубов сопровождается снижением биоэлектрической активности мышц, обусловливая их недоразвитие. В случае раннего удаления временных зубов наблюдается неравномерный рост челюстей, внутрикостные перемещения зачатков постоянных зубов, нарушение сроков их прорезывания, дентоальвеолярное удлинение и смещение зубов по горизонтали; снижается высота прикуса, происходит укорочение зубной ду-

ги, наблюдается ретенция постоянных зубов, формируются патологические формы прикуса [1, с. 335-337].

Чаще всего дефекты зубных рядов обнаруживают на нижней челюсти в боковых участках в результате преждевременного удаления вторых временных моляров (35-45 % случаев), в сменный период прикуса – первых постоянных моляров (8-15 %). В постоянном прикусе дефекты зубных рядов чаще всего наблюдаются на нижней челюсти в результате удаления первых постоянных моляров (0,2-15,3 % случаев). Следовательно, частота дефектов зубных рядов у детей является достаточно высокой и зависит от возраста и климатогеографических условий [3, с. 300].

Следует отметить, что необходимость в протезировании непосредственно зависит от частоты дефектов зубных рядов и составляет 6-37,5 %. В период временного прикуса она колеблется от 3 до 26,7 %. Чаще всего потребность в протезировании возникает у детей 6-9-летнего возраста – 29-61 %. В период постоянного прикуса потребность в протезировании у детей и подростков ниже, чем в период временного и сменного, – 6-17,1 %. Подлежащие ортопедическому лечению дефектов зубных рядов в 5 раз чаще развиваются на нижней челюсти, чем на верхней, у детей всех возрастных групп.

В результате раннего удаления временных зубов у детей нарушается функция жевания, физиологическое равновесие между отдельными группами мышц, блокируются движения нижней челюсти, уменьшается объем движений в височно-нижнечелюстных суставах [2, с. 65-67].

Потеря фронтальной группы зубов также приводит к развитию морфологических и функциональных изменений в зубочелюстно-лицевом комплексе. Преждевременное удаление верхних временных резцов вызывает уплощение и впадение верхней губы, выпячивание нижней челюсти, задержку прорезывания зубов, наклон верхних резцов в сторону нёба и вестибулярное отклонение нижних резцов. При этом язык и губы располагаются между резцами, нарушаются функции глотания и речи, формируется открытый прикус. При отсутствии фронтальных зубов во время разговора изо рта брызгает слюна. В результате замедленного роста челюстных костей и альвеолярных отростков происходит западение губ и щек в области дефекта, изменяется форма лица (асимметрия, уплощение), укорачивается верхняя губа. Если губы в покое не смыкаются, то воздух частично проходит через рот и нарушается носовое дыхание. Также наблюдается смещение передних зубов в сторону дефектов зубных рядов или, наоборот, появление диастем и трем, развивается прогенический прикус в результате принудительного смещения нижней челюсти вперед.

Список литературы

1. Емелина Г.В., Зюлькина Л.А., Кузнецова Н.К., Суворова М.Н., Емелина Е.С. Результаты интервьюирования пациентов терапевтического стоматологического приёма. В сборнике: Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2015) сборник статей V Международной научной конференции. под ред. А. Н. Митрошина, С. М. Геращенко. 2015. С. 335-337.

2. Емелина Г.В., Никонова А.В., Пылайкина В.В., Емелина Е.С. Современные методы диагностики в стоматологии. Современные тенденции развития науки и технологии. 2016. № 12-2. С. 65-67.

3. Зюлькина Л.А., Суворова М.Н., Емелина Г.В., Кузнецова Н.К., Воробьёва Е.Е., Кавтаева Г.Г. Современное состояние вопроса использования физиотерапевтических методов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта. Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. С. 300.

4. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М., 2003. С. 349.

5. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика зубочелюстных аномалий. Учебник для ВУЗов. – М.: Научно-издательский центр «Инженер», 2000. С. 587.

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ МОНИТОРИНГА

Молдоташова А.К., Черномазова Е.А., Мырзаимов Р.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызстан, г. Бишкек

В статье проводится исследование по выявлению схемы мониторинга для предупреждения развития осложнений у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Ключевые слова: транспортировка, черепно-мозговая травма, внутричерепная гипертензия.

Основным принципом интенсивной терапии пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) является профилактика вторичных повреждений головного мозга. Ведущим фактором при повреждении головного мозга является развитие внутричерепной гипертензии (ВЧГ), артериальной гипертонией, гипоксемией и др. В таком случае поддержание адекватной системной гемодинамики является ключевым фактором активного лечения. Однако нередко у больных с тяжелой ЧМТ возникает необходимость их транспортировки на дополнительные исследования или другие манипуляции внутри – или внебольничные. Очевидно, что данный фактор может вызвать дополнительные трудности в лечении, поэтому нуждаются в обеспечении дополнительного мониторинга во время манипуляций, которые могли бы предупредить изменения интракраниальных и системных показателей, которые, в свою очередь, могли бы привести к некорректным результатам исследования мозгового кровотока по данным КТ или МРТ исследований.

Цель исследования: определить наиболее значимые компоненты мониторинга, а также критические этапы внутрибольничной и внебольничной транспортировки пациентов в остром периоде тяжелой ЧМТ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения реанимации №1, 2 Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения КР. В него включено 12 пациентов с тяжелой ЧМТ, ко-

торым выполнялось МРТ исследование или КТ головного мозга. Возраст пациентов колебался от 20 до 50 лет.

Все пациенты перенесли ЧМТ, давность которой составляла не менее 72 часов; оценка по шкале Глазго – менее 9 балов, а также необходимость проведения КТ или МРТ исследование.

Транспортировка больных на исследование осуществлялась с помощью реанимобиля, оснащенной аппаратами ИВЛ, увлажненным кислородом и дополнительными монитора. Во время транспортировки и исследования у всех пациентов начинался у кровати в реанимационном отделении с измерения АД. После чего исследуемый перекладывался на транспортировочную каталку, повторно измерялось АД, а после осуществлялась транспортировка на обследование. Кроме этого сразу проводилось исследование сатурации кислорода (SpO2) портативным пульсоксиметром, данные которых автоматически вносились в память устройства.

В ходе транспортировки головной конец кровати поддерживался в приподнятом состоянии на 25-30^{o}. Для статистической обработки отобраны показатели АД и SpO2, фиксированные на шести основных этапах: 1) до начала транспортировки; 2) после перекладывания на транспортную каталку; 3) после перекладывания на стол КТ, 4) в момент выполнения КТ, 5) после перекладывания со стола КТ на каталку и 6) после перекладывания с транспортной каталки на кровать. Фиксировались все эпизоды повышения АД более 20 мм рт. ст., и снижения SpO2 менее 90. Коррекция осложнений, возникающих в процессе транспортировки, осуществлялась в соответствии с протоколами ведения больных. Анализировались все методы терапии, направленные на коррекцию указанных осложнений: потребность в углублении седации, в вазопрессорных препаратах и гиперосмолярных растворах.

Результаты исследования. Средняя длительность транспортировки составляла 57±10 мин. Во время исследования у 8 пациентов возникала необходимость проведения дополнительной седации. У 4х больных наблюдалось снижение сатурции, в связи с чем они переводились на вспомогательную вентиляцию мешком «Амбу», а затем переход на вентиляцию 100% увлажненным кислородом.

В заключении МРТ исследований и КТ у 67% (8 человек) имелись признаки повышенного внутричерепного давления.

Таблица

	До транс.	Переклад на каталку	Переклад на стол КТ	В момент исследование	Переклад со стола на каталку	Переклад на кровать
САД мм рт ст	135±5	140±7	130±3.5	135±5	138±3	139±5.7
SpO_2 (%)	98±2	97±2	95±3	97±2	95±2	96±2

По окончанию исследования были получены следующие данные колебаний артериального давления и сатурации кислорода, которые оказались статистически не значимыми для данной категории больных.

Выводы. При транспортировке больных с тяжелыми ЧМТ, в условиях нашей страны, необходима более тщательная подготовка пациентов к предстоящей транспортировки еще до ее начала и более тщательный контроль за сатурацией кислорода крови у данной группы пациентов. Для предупреждения развития внутричерепной гипертензии возможно применение седации.

Однако данные методы не позволяют получить более достоверные данные по состоянию больного, что так же может не благоприятно повлиять на исход болезни пациентов. Поэтому необходима разработка новых методов мониторинга за больными с использованием инновационных технологий.

Список литературы

1. Kay A., Teasdale G. Epidemiology of head injury. Archives of Disease in Childhood. – 2006. – №78. – P. 403-406.

2. Котельников Г.П. Травматология. Национальное руководство // Черепно-мозговая травма; под ред. Г.П. Котельников. – М.: Медицина, 2008. – С. 451-476.

3. Head injury in the United Kingdom. World J Surg. – 2009. – №25. – P. 1210-1220.

4. Jennett B. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификации // Неврол. журнал. – 2001. – №2. – С. 38-41.

5. Белкин А.А. Журнал «Интенсивная терапия» .№2. 2008. – С. 6-12.

6. Орехова Г.Г. Роль организационных технологий в предоставлении медицинской помощи пациентом с последствиями черепно-мозговой травмы: автореф. дис. … д-ра мед. наук. – М., 2008. – 48 с.

7. Потапов А.А., Крылов В.В., Гаврилов А.Г. и др. Современные рекомендации по диагностике и лечению тяжелой ЧМТ. (Протокол ассоциации нейрохирургов РФ) // Журнал «Вопросы нейрохиругии». – 2006. – №3 – С. 3-8.

8. Bullock M.R. et al. // Guidelines for the management of severe head injury// Brain Trauma Foundation, American Association of neurological Surgeons, Joint Section of neurotrauma and Critical Care// J. Neurotrauma. – 1996. – Vol.13/ N 11. – P. 639-734.

9. Рекомендации по ведению пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (3 издание) // Guidelines for the management of severe head injury// Brain Trauma Foundation, American Association of neurological Surgeons, Joint Section of neurotrauma and Critical Care// J. Neurotrauma. – 2007. – №3. – С. 65-75.

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Педай А.В.
клинический ординатор кафедры «Стоматология»,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Никонова А.В., Емелина Е.С.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Суворова М.Н.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

В статье описана актуальность протезирования в детском возрасте.

Ключевые слова: протезирование, дефекты зубных рядов, ортопедическая детское протезирование, зубопротезирование у детей.

Раньше считалось, что молочные зубы, вследствие своей скоротечной смены (3-4 года) на постоянные зубы, не являются важным объектом для наблюдения. Санация, а тем более протезирование этих зубов практиковалось довольно таки редко.

Но потом врачи стали замечать, что за ранним разрушением молочного зуба и его удалении стоит множество проблем. Потеря временных зубов приводит к функциональным и морфологическим изменениям – вызывает угасание рефлекторных дуг, начинающихся в периодонте, нарушает процесс дальнейшего формирования зубочелюстной системы ребенка и проводит ко многим другим нарушениям, вследствие того, что молочные зубы выполняют больший объем функций: они стимулируют рост челюстей и последующее прорезывание зубов, формируют будущий прикус и его высоту, обеспечивают развитие мышечного и суставного аппарата [1, с. 10].

В случае преждевременного удаления зубов появляются зоны перегрузки и недогрузки. В области недогрузки на стороне удаленных зубов наблюдаются деформации альвеолярного отростка, укорочение зубного ряда, дентоальвеолярное удлинение зубов-антагонистов, на противоположной стороне интактного зубного ряда – зоны перегрузки.

Преждевременное удаление временных моляров и постоянных жевательных зубов заставляет ребенка во время жевания пищи смещать нижнюю челюсть вперед или в сторону, при этом возникает привычка жевать передними зубами, вследствие чего формируется прогенический или перекрестный прикус со смещением челюсти вперед или в сторону. В результате передние зубы перегружаются, травмируются, воспаляются десна и межзубные сосочки [2, с. 315].

Вследствие преждевременного удаления вторых временных моляров первые постоянные моляры перемещаются и наклоняются медиально. В результате

этого премоляры также прорезываются с медиальным наклоном и перемещением. При этом первые премоляры занимают место временных клыков, а постоянные клыки прорезываются вне зубной дуги и чаще вестибулярно. Зубная дуга укорачивается и суживается. Кроме того, перемещение первого постоянного моляра медиально может быть причиной неправильного расположения премоляров или их ретенции, в частности вторых премоляров [5, с. 300].

Потеря фронтальной группы зубов также приводит к развитию морфологических и функциональных изменений в зубочелюстно-лицевом комплексе. Преждевременное удаление верхних временных резцов вызывает уплощение и впадение верхней губы, выпячивание нижней челюсти, задержку прорезывания зубов, наклон верхних резцов в сторону нёба и вестибулярное отклонение нижних резцов. При этом язык и губы располагаются между резцами, нарушаются функции глотания и речи, формируется открытый прикус. При отсутствии фронтальных зубов во время разговора изо рта брызгает слюна. В результате замедленного роста челюстных костей и альвеолярных отростков происходит западение губ и щек в области дефекта, изменяется форма лица (асимметрия, уплощение), укорачивается верхняя губа. Если губы в покое не смыкаются, то воздух частично проходит через рот и нарушается носовое дыхание. Также наблюдается смещение передних зубов в сторону ДЗР или, наоборот, появление диастем и трем, развивается прогенический прикус в результате принудительного смещения нижней челюсти вперед.

Проблема замещения дефектов зубного ряда у детей очень важна – ведь проще говоря, при преждевременной потере молочных зубов, это срок составляет более 1 года до физиологической смены, зубочелюстная система ребенка будет подвергаться патологическим изменениям.

Согласно результатам исследований С.И. Триля – распространенность деформаций зубных рядов (ДЗР) у детей в возрасте от 3 до 16 лет составляет в среднем 23%. С 13 лет количество ДЗР начинает снова увеличиваться и уже в 13-16 лет составляет от 11 до 16 %. Незначительное количество среди других факторов ДЗР у детей представляют ретенция, оперативные вмешательства, пародонтит, синдром Папийона-Лефевра, инфекционные заболевания, сифилис, туберкулез, нома и др. [3, с. 275].

В свою очередь, лишь только своевременное оказание стоматологической помощи детям с отсутствием зубов предотвращает развитие функциональных и морфологических изменений, создает благоприятные условия для правильного формирования жевательного аппарата и обеспечивает профилактику заболеваний детского организма – поэтому детское зубопротезирование чрезвычайно важно для здоровья ребенка. И протезирование нужно выполнять как можно скорее, со времени появления дефекта.

В детской практике для восстановления зубных рядов по этим показаниям применяются следующие конструкции протезов: профилактические съемные и несъемные, мостовидные и консольные протезы, съемные пластиночные протезы, аппараты-протезы с ортодонтическими приспособлениями.

Конструкции протезов должны быть простыми, чтобы не осложнять процесс их изготовления, быть доступными для всех детей, нуждающихся в протезировании [4, с. 65-67].

В заключение, хочется добавить, что преждевременная потеря молочных зубов или их отсутствие со времени рождения ребенка, по ряду причин – приводит ко многим нарушениям дальнейшего формирования зубочелюстной системы детского организма. Но этого всего можно избежать при своевременном обращении к врачу-стоматологу. Ведь чем раньше будет устранен ортопедической конструкцией дефект зубного ряда, то можно избежать дальнейших нарушений в развитии ребенка.

Список литературы

1. Детское зубное протезирование: учебник / П.С. Флис, С.И. Тиль, В.П. Вознюк, Г.П. Леоненко; под ред. проф. П.С. Флиса. – К.: ВСИ «Медицина», 2011. – 192 с.
2. Ортодонтия. Учебное пособие для студентов стоматологического факультета и врачей-интернов ; Под ред. В. И. Куцевляка. Харьков: Изд. «Крокус», 2006. – 326 с.
3. Стоматология детского возраста 5-е изд., перераб. и доп. / Л.С. Персин В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. – М.: Медицина, 2003. – 640 с.: ил.
4. Емелина Г.В., Никонова А.В., Пылайкина В.В, Емелина Е.С. Современные методы диагностики в стоматологии. Современные тенденции развития науки и технологии. 2016. №12-2. С. 65-67.
5. Зюлькина Л.А., Суворова М.Н., Емелина Г.В., Кузнецова Н.К., Воробьёва Е.Е., Кавтаева Г.Г. Современное состояние вопроса использования физиотерапевтических методов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта. Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. С. 300.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ CYP1B1 И CYP1A1 У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Полякова И.С.
старший преподаватель кафедры медико-биологических дисциплин,
Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Россия, г. Белгород

В статье изложены результаты анализа распределения полиморфизмов генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков у беременных с преэклампсией. Установлено, что распределение частот аллелей и генотипов генов CYP1B1 (rs1056836) находится в соответствии с законом равновесия Харди-Вайнберга, а частоты генотипов CYP1A1 (rs2606345) отклоняются от данного равновесия.

Ключевые слова: ферменты биотрансформции ксенобиотиков, преэклампсия.

В последние десятилетия изучение молекулярных механизмов развития мультифакториальных заболеваний является одной из самых динамично развивающихся областей молекулярной медицины. Одним из важных патогенетических факторов преэклампсии считается повреждающее действие свободных радикалов на клетки и ткани эндотелия.

CYP1B1 (rs1056836) и CYP1A1 (rs2606345) – гены системы биотрансформации ксенобиотиков, под которой понимается ферментативное превращение чужеродных веществ (экзотоксины, лекарственные препараты, канцерогены и другое) в полярные водорастворимые метаболиты, легко выводимые из организма [1].

Способность метаболизировать ксенобиотики различается у индивидов из-за наличия мутантных вариантов, снижающих или блокирующих экспрессию генов, что во многих исследованиях связывают с повышенным риском развития многих мультифакториальных заболеваний, нарушающих женское здоровье и приводящее в дальнейшем к бесплодию или невынашиванию беременности [2, 3].

Целью исследования было осуществление генотипирования и проведение анализа распределения полиморфизмов генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков у беременных с преэклампсией.

Материалом для исследования послужили образцы ДНК 250 беременных женщин с преэклампсией. Выделение геномной ДНК из периферической крови проведено методом фенольно-хлороформной экстракции.

Анализ локусов осуществлялся методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) синтеза ДНК. Генотипирование локусов CYP1B1 (rs1056836), CYP1A1 (rs2606345) осуществлялось методом детекции TagMan зондов по данным величин RFU (уровень относительной флуоресценции) каждого зонда на амплификаторе IQ5 с детектирующей системой в режиме реального времени. Для дискриминации аллелей использовалось программа «Bio-Rad IQ5-Standart Edition».

Формирование базы данных и статистические расчеты осуществлялись с использованием программы «STATISTICA 6.0» и «Microsoft Excel 2007».

В результате генотипирования беременных с преэклампсией по гену CYP1B1 (rs1056836) выявлено преобладание генотипа CG (44,16%). Значительно реже встречался генотип GG – 17,75%. В свою очередь генотип CC наблюдали у 38,09% беременных с преэклампсией. Анализ распределения аллелей полиморфного локуса CYP1B1 показал более высокую частоту аллеля C – 60,17%. Аллель G встречается среди беременных с преэклампсией с частотой 39,83%.

Данные по генотипированию локуса CYP1A1 (rs2606345) выявили преобладание генотипа GT (42,56%) над генотипами TT (30,21%) и GG (27,23%). Анализ распределения аллелей полиморфного локуса CYP1A1 показал незначительное преобладание частоты аллеля T – 51,49% над аллелем G (48,51%).

Популяционно-генетический анализ распределения генетических полиморфизмов среди беременных с преэклампсией по гену биотрансформации ксенобиотиков CYP1B1 (rs1056836) показал, что уровень наблюдаемой гетерозиготности сотавил H_o=0,44. Уровень ожидаемой гетерозиготности составил H_E=0,48.

Анализ распределения генетических полиморфизмов по локусу CYP1A1 (rs2606345) среди беременных с преэклампсией показал, что уровень наблюдаемой гетерозиготности составил H_o= 0,43, уровень ожидаемой гетерозиготности составил H_E = 0,50. По данному локусу выявлено отклонение от равновесия Харди-Вайнберга в группе беременных с преэклампсией за счет снижения фактической гетерозиготности по сравнению с теоретической (χ^2=5,16, $p<0,05$), о чем свидетельствует отрицательное значение индекса фиксации (D= -0,15).

Таким образом, в результате проведенного исследования протипированы гены ферментов биотрансформации ксенобиотиков CYP1B1 (rs1056836) и CYP1A1 (rs2606345) среди беременных с преэклампсией, сделан популяционно-генетический анализ распределения полиморфизмов генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков среди беременных с преэклампсией с использованием популяционно-статистических методов (критерий χ^2, наблюдаемый уровень гетерозиготности (H_0), ожидаемый уровень гетерозиготности (H_E), индекс фиксации Райта (D).

Установлено, что распределение частот аллелей и генотипов генов CYP1B1 (rs1056836) находится в соответствии с законом равновесия Харди-Вайнберга, а частоты генотипов CYP1A1 (rs2606345) отклоняются от данного равновесия.

Список литературы

1. Баранов В.С. Генетический паспорт – основа индивидуальной и предиктивной медицины. СПб. 2009. 528 с.

2. Логутова Л.С., Хапий Н.Х., Пырсикова Ж.Ю. Современные подходы в комплексной терапии беременных с гестозом тяжелой степени // Трудный пациент. 2008. № 1. С. 32-37.

3. Полоников А.В., Иванов В.П., Солодилова М.А. Эколого-токсикогенетическая концепция мультифакториальных заболеваний: от понимания этиологии до клинического применения // Медицинская генетика : ежемесячный научно-практический журнал. 2008. Том 7, № 11. С. 3-20.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ПОЛИРОВОЧНОЙ ПАСТЫ «ПОЛИРПРО» ДЛЯ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ТЕРМОПЛАСТА

Рубцова Е.В., Полушкина Н.А.
аспиранты кафедры пропедевтической стоматологии,
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Россия, г. Воронеж

Чиркова Н.В.
профессор кафедры пропедевтической стоматологии, д-р мед. наук,
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Россия, г. Воронеж

Вечеркина Ж.В.
преподаватель кафедры пропедевтической стоматологии, канд. мед. наук,
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Россия, г. Воронеж

В статье представлен анализ применения отечественной полировочной пасты для базисов съемных протезов из термопластичных полимерных материалов с целью повышения эффективности ортопедического лечения пациентов с полным или частичным отсутствием зубов.

Ключевые слова: ортопедическая стоматология, полировочная паста, термопластические полимеры.

В настоящее время съемные ортопедические конструкции из термопластических полимеров нашли свое широкое применение благодаря наличию комплекса положительных физико-механических, технологических и биологических свойств. Термопластичный полимерный материал стоматологического назначения обладает хорошей прочностью, превосходящей традиционные акриловые пластмассы, эластичностью, памятью формы, стабильностью размеров, устойчивостью к внешним воздействиям, редко вызывает аллергические реакции в организме человека [7, с. 5]. Стойкий цвет имеет прекрасные эстетические показатели и даже с близкого расстояния полностью имитируют естественную десну. При этом окраска протезов не меняется даже при длительном периоде эксплуатации. Из-за большей эластичности и амортизирующей способности отмечается комфортное восприятие данного материала пациентами, что положительно влияет на процесс адаптации пациентов к выбранной конструкции [1, с. 81]. Термопласт не обладает гигроскопичностью и поэтому конструкции из него защищены от накопления и размножения микроорганизмов.

С появлением термопластических материалов резко расширились возможности лечения различной патологии зубочелюстной системы при помощи ортопедических и ортодонтических конструкций. В современной ортопедической стоматологии предъявляются очень высокие требования к качеству готовых съемных ортопедических конструкции [5, с. 848]. Одной из актуальных проблем применения термопластических полимерных материалов для базисов съемных протезов является сложность полирования наружной и особенно внутренней поверхности протезов из термопласта, которая непосредственно соприкасается со слизистой оболочкой протезного ложа, и в дальнейшем приводит к потере их эстетических и функциональных характеристик [8, с. 389]. При некачественной шлифовке и полировке термопластического материала на его поверхности могут оставаться почти незаметные ворсинки «эффект бархата» что является идеальным условием для расселения микроорганизмов. Отсутствие гладкой, хорошо отполированной поверхности зубного протеза, может вызвать у пациента значительный дискомфорт и осложнить гигиену полости рта. На таких поверхностях, в агрессивной среде полости рта, происходит формирование зубных отложений, которые способствуют появлению неприятного запаха изо рта, раздражению слизистой оболочки полости рта и в большинстве случаев способствуют возникновению ряда заболеваний, как стоматологического характера, так и общего [4, с. 158]. В тоже время, качественная обработка поверхности протезов в значительной степени устраняет вышеперечисленные осложнения, при этом способствуя повышению эстетических показателей зубных протезов, физико – механических свойств и долговечности съемных ортопедических конструкций. Важно отметить тот факт, что протезное ложе не царапается пищей во время жевания и сохраняет свою гладкую, хорошо отполированную поверхность, тем самым надолго противостоит процессам деструкции [1, с. 82].

Максимально лучший результат качества поверхности съемного протеза из термопласта достигается на этапе обработки с пастой для окончательного полирования ортопедической конструкции.

Полирующие средства для съемных протезов должны обладать малой токсичностью, стабильностью при хранении, легкостью в использовании, удобством транспортирования, быть экономически доступными, но соответствовать всем стандартам качества. Необходимо сочетание эффективности окончательной обработки съемных конструкций зубных протезов из термопласта с отсутствием повреждающего эффекта внутренней и наружной поверхности. В то же время, средства для полирования съемных протезов из термопластов, имеющиеся на отечественном стоматологическом рынке, отвечают не всем перечисленным требованиям. Известные полировочные средства для базисов протезов из термопластических материалов, оставляют микроцарапины и не позволяют добиться гладкой и блестящей поверхности, которая напрямую влияет на процесс их эксплуатации [6, с. 982].

Поэтому возникает необходимость исследования характеристик новой отечественной полирующей пасты для съемных протезов из термопластичных материалов, изучение ее преимуществ и недостатков.

Цель исследования – повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с полным или частичным отсутствием зубов путем улучшения качества полирования съемных протезов из термопластов с применением новой полирующей пасты.

Материалы и методы исследования.

В качестве полировочной пасты для термопластических полимеров на кафедре пропедевтической стоматологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко была выбрана и изучена полировочная паста для базисов съемных ортопедических конструкций «Полирпро» (ООО «Целит», г. Воронеж).

1. Исследованы компоненты состава полирующей пасты, отвечающим требованиям в соответствии с высокой эффективностью полирования термопластического материала.

2. Выполнен анализ биоинертности полировочной пасты «полипро», предназначенной для окончательной обработки термопластических полимеров.

3. Апробирована полировочная паста для термопластических полимеров в зуботехнической лаборатории на исследуемых полимерных образцах.

Результаты и их обсуждение.

Оптимизирована рецептура и технология получения образца полировочной пасты «Полирпро» для окончательной обработки базисов съемных ортопедических конструкций из термопластического материала. Количественное и качественное соотношение абразивных и связующих компонентов (мел – парафин – цирконовый концентрат) экспериментального образца дает максимальный полирующий эффект и блеск с минимальным риском повреждения поверхности базиса в виде пор, борозд и шероховатостей.

Исследование водных вытяжек и определение токсичности химических соединений полирующих паст для термопластов проводили на базе Федерального государственного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области» (ГОСТ Р ИСО 10993-14-2001) [2, с. 58].

По результатам проведения острого токсикологического эксперимента с использованием тест-объекта, сперматозоидов крупного рогатого скота были выявлены удовлетворительные результаты у всех образцов полировочной пасты. В среднем индекс токсичности у образцов полирующей пасты «Полирпро» составил 103,7%, токсичности. Результаты оценки органолептических показателей данного образца полностью соответствует нормам стандарта: показатели запаха – 1 балл (допустимый уровень не более 3), показатели привкуса – 1 балл (допустимый уровень не более 2), показатели осадок и мутность отсутствуют.

Таким образом, по результатам проведённого исследования можно сделать вывод, что новая полирующая паста «Полирпро», предназначенная для окончательной обработки термопластических полимеров стоматологического назначения не обладает токсическим действием, безопасна и биологически индифферентна.

Подобранный оптимальный количественно – качественный состав компонентов полировочной пасты «Полирпро» был апробирован в зуботехнической лаборатории стоматологической поликлиники на исследуемых полимерных образцах ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. Оценка полученной поверхности оценивалась по объективным и субъективным критериям: однородность поверхности, напряжение поверхностной жидкости на поверхности образца, глянец и время полирования. Исследования показали прямую зависимость проникновения микроорганизмов от структуры и поверхности материала, чем она однороднее, тем менее доступна для их проникновения и риск осложнений будет минимизирован [3, с. 100].

Выводы.

Заключительным этапом качественного выполнения ортопедических конструкций является этап полирования с применением абразивного вращательного инструментария, специальных полировочных средств, грамотными специалистами. Термопластические полимеры, несмотря на весь спектр положительных качеств, имеет проблему обработки поверхности, что является неблагоприятным фактором для здоровья всей полости рта и долговечности конструкции зубного протеза. Таким образом, применение в ортопедической стоматологии полирующей пасты «Полирпро» отечественного производства способствует получению качественной и глянцевой поверхности базисов зубных протезов из труднообрабатываемых термопластических полимеров, обладающих повышенной эластичностью за оптимальный промежуток времени, и повышению качества ортопедического лечения в целом.

Список литературы

1. Анализ факторов, влияющих на период адаптации пациентов к съемным пластиночным протезам / Вечеркина Ж.В., Попова Т.А., Заидо А., Фомина К.А. / Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2016.– Т.15, №1. – С.80-83.

2. Анализ биоинертности полировочной пасты «ПОЛИРПРО», предназначенной для окончательной обработки термопластических полимеров / Н.В. Чиркова, Е.В. Рубцова, Ж.В. Вечеркина, Н.В. Примачева / Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2016.– Т.15, №1. – С.56-59.

3. Коммунальная стоматология: учебно-методическое пособие / А.Н. Морозов [и др.]. – Воронеж, 2016. – 125 с.

4. Пропедевтика хирургической стоматологии (учебное пособие) / Морозов А.Н., Чиркова Н.В., Корецкая И.В., Пшеничников И.А., Борисова Э.Г., Шелковникова С.Г., Попова Т.А., Примачева Н.В., Андреева Е.А. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. л- № 3. – С. 158-159.

5. Роль антисептической лечебно-профилактической жидкости во время стоматологического приема / Заидо Абдулкадер, А.Н. Морозов, Ж.В. Вечеркина, Н.В. Чиркова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т.13, №4. – С. 847-849.

6. Сравнительный анализ эффективности окончательной обработки термопластиночных полимеров стоматологического назначения/ И.П. Рыжова, Н.В. Чиркова В.Ю. Денисова, М.С. Саливончик// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2012. – Т.11, №4. – С. 981-984.

7. Чиркова Н.В. Клинико-экспериментальное исследование стоматологических материалов, модифицированных наноразмерными частицами кремния : автореф. дис. … докт. мед.наук: 14.01.14 / Чиркова Наталья Владимировна; ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко. – Воронеж, 2013. – 39 с.

8. Chirkova N.V. The use of automatic image analyzing system in functional effectiveness investigation of general teeth-series prosthesis /N.V. Chirkova [et al.] // Family Health in the XXI Century. Elat–Perm. – 2008. – P. 388-391.

РИНОСИНУСИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИММУНОДЕФИЦИТАХ

Сависько Ан.А.
доцент кафедры поликлинической педиатрии, канд. мед. наук, доцент,
Ростовский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ростов-на-Дону

В статье освещена проблема риносинусита у беременных, который всегда представляет трудности как для диагностики, так и для лечения в связи с ограничением лечебно-диагностических методов. Клиническая картина синуситов у беременных нередко изменяется в сторону появления стертых и латентных форм заболевания на фоне иммуносупрессии.

Ключевые слова: риносинусит, беременность, иммунодефицит.

Диагностика риносинусита при беременности производится на основании клинических признаков. Длительное течение риносинусита на фоне иммуносупрессии, свойственной данному физиологическому состоянию, часто осложняется развитием гнойного риносинусита. В период беременности женщины болеют риносинуситом в 6 раз чаще, чем в остальные периоды жизни [1, 2].

Бактериальные риносинуситы чаще других инфекционных экстрагенитальных заболеваний становятся причиной акушерской патологии [3, 4]. Статистически доказано увеличение риска преждевременных родов для заболеваний ЛОР органов, причем отмечено. Риносинусит у беременных всегда представляет трудности как для диагностики, так и для лечения [5, 6, 7, 8].

Клиническая картина синуситов у беременных нередко изменяется в сторону появления стертых и латентных форм заболевания [9, 10, 11]. Локальный болевой симптом не всегда имеет ведущее клиническое значение. Ведущий клинический признак ринсинусита – локальная головная боль нередко слабо выражен или вовсе отсутствует [12, 13, 14, 15]. Дисбаланс цитокинов может привести к нарушению иммунного ответа, что приводит к латентному течению и частым осложнениям. Исследования иммунного статуса беременных могут своевременно помочь в определении тяжести течения риносинусита и прогнозе заболевания [16]. Отсутствие эффективного Т-клеточного ответа может быть обусловлено дисбалансом продукции цитокинов из-за иммуносупрессии беременной. Низкие концентрации INFγ и высокие концентрации IL-4 и IL-10 свидетельствуют о смещении направленности дифференцировки Th-1/Th-2 в сторону Th-2-пути, цитокиновый баланс смещен в сторону противовоспалительных цитокинов, концентрации провоспалительных цитокинов резко снижены [17]. Высокие концентрации IL-10, активируя супрессорные клетки, «останавливают» воспалительный процесс.

В результате имеется тяжелое течение гнойного воспалительного процесса на фоне функциональной несостоятельности иммунной системы. Низкие концентрации провоспалительных цитокинов IL-1β и INFγ не индуцируют воспаление, а высокие концентрации IL-10 блокируют.

Смещение цитокинового баланса является маркером нарушения иммунных взаимодействий, приводящих к иммунной недостаточности, а следовательно к тяжелому или затяжному течению риносинусита у беременных.

Таким образом, заболевания носа и околоносовых пазух во время беременности представляют серьезную проблему. Вызванные постоянным нарушением носового дыхания нарушения сна, концентрации внимания, дневная усталость, головная боль существенно снижают качество жизни женщины, а присоединение гнойных воспалительных заболеваний околоносовых пазух создают угрозу осложненного течения беременности и преждевременных родов.

Список литературы

1. Бойко Н.В., Колесников В.Н. Клиническая ценность передней активной риноманометрии // Российская ринология. 2006. № 3. С. 4-7.

2. Бойко Н.В., Колесников В.Н., Писаренко Е.А. Гипоплазия верхнечелюстной пазухи // Российская ринология. 2012. Т. 20. № 1. С. 39-42.

3. Костинов М.П., Мещерякова А.К., Фошина Е.П., Тарбаева Д.А., Сависько А.А., Зайцева Е.В. Клиническое течение острой респираторной инфекции и состояние микробиоценоза верхних дыхательных путей у беременных // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2012. № 5. С. 12-16.

4. Волков А.Г., Стагниева И.В., Ерошенко А.Ю. Значимость локального болевого симптома при фронтите //Вестник оториноларингологии. 2010. № 4. С. 38-40.

5. Волков А.Г., Стагниева И.В. Головная боль в области лба с точки зрения оториноларинголога// Российская ринология. 2007. № 4. С. 29-34.

6. Стагниева И.В., Гукасян Е.Л., Сагакянц А.Б. Нарушение нейроиммунной реактивности у больных риносинуситом //Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 25-28.

7. Волков А.Г., Гюсан А.О., Боджоков А.Р., Стагниева И.В., Хохлачев С.М., Узденова Р.Х., Давыдова Л.С. Анализ орбитальных и внутречерепных осложнений синуси-

тов по некоторым стационарам Северного Кавказа // Российская оториноларингология. 2008. № 4. С. 57-61.

8. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Эффективность иммуномодулирующей терапии у больных риносинуситом // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № 5. С. 423-430.

9. Бойко Н.В., Стагниева И.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей // Российская ринология. 2012. Т. 20. № 4. С. 39-41.

10. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Роль цитокинов в патогенезе лицевой боли при риносинусите // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № S. С. 319.

11. Стагниева И.В. Вегетативная дисфункция в проявлении прозопалгий у больных с риносинуситами // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 67-69.

12. Стагниева И.В., Бойко Н.В. Головная и лицевая боль при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2014. № 3. С. 55-59.

13. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Значение цитокинового профиля в проявлении болевого симптома при риносинусите // Цитокины и воспаление. 2015. Т. 14. № 4. С. 29-34.

14. Стагниева И.В. Роль субстанции Р в патогенезе лицевой боли при риносинусите // Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 33-35.

15. Стагниева И.В. Лечение лицевой боли при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2015. № 1. С. 82-85.

ОСОБЕННОСТИ В ОБЩЕНИИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТАМИ

Семелева Ж.А., Пылайкина В.В., Никонова А.В.
студенты 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Удальцова Е.В.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

В статье рассмотрены различные психоэмоциональные аспекты взаимоотношений зубного врача и пациента. Тактичное поведение доктора, внимательность, деловитость и индивидуальный подход к каждому больному – залог успешной работы врача любой специальности, в том числе и врача-стоматолога.

Ключевые слова: профилактика, особенности, лечение, стресс, подход.

Особенностью стоматологического лечения является широкое применение мануального и инструментального методов. Целью проводимых мероприятий является не только восстановление утраченных или нарушенных функций зубочелюстной системы, но и её эстетическое восстановление.

На сегодняшний день проблемой является то, что, несмотря на широкую санитарно-просветительную работу с населением [2, с. 560-567], многие люди склонны относиться к заболевания зубов как к чему-то второстепенному, не уделяя должного внимания к лечению и профилактике стоматологических заболеваний. Задачей зубного врача является донести до пациента о важности ухода за зубами, рассказать больному в доступной ему форме о тесной взаимосвязи зубов и организма в целом.

Поход к зубному врачу для многих людей является стрессом. Такое отношение формируется из многих факторов, ведущим из которых является болезненность процедуры. В настоящее время имеются хорошие анестетики, способные сделать стоматологическое вмешательство практически полностью безболезненным. Но не смотря на это многие люди продолжают ассоциировать стоматологическое вмешательство с неприятными болезненными ощущениями.

Первый контакт и первый разговор между стоматологом и больным могут оказаться решающими для дальнейшего поведения больного и хода терапии [1, с. 84]. Пациент при входе в кабинет подсознательно ожидает эмоционального отклика врача. Больной должен видеть, что его в первую очередь воспринимают как человека, как личность, а не как набор симптомов. Врач должен вести опрос в спокойной, доброжелательной и деловой форме. При подозрении на какое-то серьёзное заболевание (злокачественное новообразование и т. п.) врач также не должен проявлять своих негативных эмоций и ни в коем случае не ставить предварительных возможно ложных диагнозов. Нужно в максимально лояльной, но принудительной форме объяснить пациенту важность сдачи дополнительных анализов или посещения смежного специалиста.

Существуют группы больных, которые в силу особенностей характера или вследствие нервной патологии являются наиболее сложными для врача [5, с. 354-358], – это дети, подростки, невротики, а также пожилые и инвалиды.

Стоматологическое обслуживание детей должно начинаться уже во время беременности. Это осуществляется с помощью санитарно-просветительной работы с матерями, в ходе которой объясняют меры профилактики для избежания внутриутробного повреждения зубов.

Больные с преимущественно истерической структурой сложны тем, что их страх легко переходит в соматические состояния, например, в обмороки. Однако такие больные хорошо внушаемы, и на них хорошо действует деловая, благожелательная, но твердая позиция стоматолога, если она принимает характер некоторого балования в сочетании с теплотой, сердечностью и юмором.

Люди с обсессивным типом характера часто зажаты, неуверены, из-з чего для них весьма трудно принять окончательное решение. Из-за этого они максимально оттягивают визит к зубному врачу [4, с. 137]. Таких больных могут посещать различного рода навязчивые идеи, к примеру, страх загрязнения стоматологом раны или страх того, что врач случайно или намеренно причинит вред. Всё это отражается на поведении пациента в стоматологическом кресле, что затрудняет работу врача или вовсе делает её невозможной. Вследствие усиленного чувства страха у таких людей может наблюдаться тахикардия, артериальная гипертензия. Это следует учесть при проведении лечения.

Шизоидные больные проявляют недоверие ко всему происходящему, они скептичны, склонны к ипохондрии, враждебности [3, с. 64-65]. Такие больные могут демонстрировать провокационное поведение в адрес зубного врача. Если врач выстоит, проявляя спокойствие, доброжелательность, эмпа-

тическое терпение и деловитость, больной вознаградит его психологическое понимание верностью.

Ещё одной сложной группой пациентов в практике зубного врача являются лица, склонные к депрессивным состояниям. Такие больные с готовностью выполняют все указания доктора. Однако они сильно переживают любой стресс – в том числе они болезненно воспринимают дефект или потерю зуба, так как для них крайне важна эстетика. Они больше, чем пациенты со здоровой психикой акцентируют внимание на недостатках в лечении – это боль, страх, малейшее невнимание или грубое слово со стороны врача и т. д. Решающим здесь должно являться то, что больного необходимо воспринимать как личность, а не случай, стараться объяснять ему важность проводимых процедур.

Таким образом, врач в отношениях с пациентами должен найти индивидуальный подход к каждому пациенту, учитывая характер личности. Однако к каждому больному следует относиться с заботой и внимательностью. Соблюдая эти несложные правила общения с пациентами, врачу-стоматологу будет во много раз легче состояться в своей профессии.

Список литературы:

1. Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность. – Москва: Медицинская книга, 2004. 96 с.
2. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/Под ред. Е. В. Боровского. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 840 с.
3. Евстафьева Т.И. Практика разрешения конфликтных ситуаций, возникающих в стоматологии. // Экономика и менеджмент в стоматологии, 2004. – №1(12). – С. 64-65.
4. Лихтенштейн Е. И. Помнить о больном / Лихтенштейн Е. И. –Киев: Здоровье, 2012. – 151 с.
5. Воробьева Е.Е., Купрюшин А.С., Воробьев В.П. Анализ медико-правовых и социально-психологических аспектов в определении качества педиатрической помощи // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2015, №3-3., С. 354-358.

ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Сердюков М.А.
доцент кафедры хирургических болезней, к.м.н., доцент,
Астраханский государственный медицинский университет,
Россия, г. Астрахань

Александрова А.К.
ординатор кафедры хирургических болезней,
Астраханский государственный медицинский университет,
Россия, г. Астрахань

В статье рассматривается одна из форм экстрагенитального эндометриоза. Транслокация эндометрия при хирургических вмешательствах на матке и диссеминации эндо-

метриальных клеток гематогенным путём «метастазирования» приводит к развитию редких форм эндометриоза с поражением лёгких, кожи, мышц. Развитие эндометриоза – возникновение эндометриоидной гетеротопии – пока не объяснён ни одной из теорий. Для этого необходимо, чтобы эндометриальные клетки обладали повышенной способностью к имплантации, а защитные силы организма были недостаточны для обеспечения клиренса эктопических эндометриальных клеток. Реализация этих условий возможна под воздействием одного или нескольких факторов: гормонального дисбаланса; неблагоприятной экологии; генетической предрасположенности; расстройств иммунитета; воспаления; механической травмы; нарушений в системах протеолиза, ангиогенеза и метаболизма железа [8, с. 27].

Ключевые слова: эндометриоз послеоперационного рубца, эндометриоз, локализация, кесарево сечение, образования.

Эндометриоз – патологическое разрастание ткани, морфологически и функционально схожей с эндометрием (слизистой оболочки матки). Наблюдается как в различных отделах половой системы, так и вне её (на брюшной стенке, слизистой мочевого пузыря, кишечника, брюшине малого таза, лёгких, почках и др. органах). В связи с этим эндометриоз классифицируется в соответствии с локализацией. По локализации выделяют генитальную и экстрагенитальную формы эндометриоза. При генитальной форме эндометриоза гетеротопии локализуются на тканях половых органов, при экстрагенитальной – вне репродуктивной системы (кишечнике, пупке, лёгких, почках, послеоперационных рубцах) [7, с. 56].

Поражение послеоперационных рубцов относится к наиболее редким формам и локализациям экстрагенитального эндометриоза, однако в настоящее время стал чаще встречаться после акушерских операций кесарево сечение [1, с. 156].

Исследуя проблему эндометриоза данной локализации проведя статистический анализ, так же на базе НУЗ Отделенческая больница на ст. Астрахань 1 ОАО «РЖД» за последние 5 лет (2011-2016 год) эндометриоз в лапаротомических рубцах наблюдали у 8 больных, средний возраст которых составил 20-35 лет. Из них 6 случаев с интервалом обращения 2 год, более поздний 9 лет, 1 случай обращения спустя 3 года. Эндометриоз в послеоперационных рубцах развивался у большинства больных в течение 2 лет.

Из анамнеза и опросника больных стало известно, что пациентки, в анамнезе имели акушерскую операцию кесарево сечение с доступом по Пфанненштилю.

Как известно в акушерстве чаще всего применяется разрез по Пфанненштилю, который находится в нижнем сегменте живота и производится в поперечном направлении. Данный разрез благоприятен для извлечения плода из полости матки и выделении последа. При удалении последа происходит большой выброс клеток эндометрия, в послеоперационную рану, тем самым происходит обсеменение раны. При последующем ушивание послеоперационной раны чаще всего используют шовный материал такой как кетгут [6, с. 48]. Так как рассечение апоневроза происходит в поперечном направлении и распространяется до перехода апоневроза прямых мышц живота в апо-

невроз косой мышцы живота с частичной травматизацией косой мышцы живота. При ушивании данного перехода в углах акушерычасто используют наложение 1-3 Z-образных швов. Оставшийся апоневроз зашивается узловыми или непрерывными швами. Учитывая, что послеоперационная рана ранее была обсеменена клетками эндометрия наложение таких швов в углах раны происходит фиксация клеток эндометрия к мышце.

При опросе больных с данной патологией было выяснено, что в период кормления и лактации у пациенток рост опухоли в послеоперационном рубце не отмечался. Так же известно, что применение per os контрацепции не использовалось. Появление клинической картины с проявлением таких как неприятные и болевые ощущения в области послеоперационного рубца больные отмечали после года от проведённой операции и после грудного вскармливания. Характерными признаками начавшегося образования эндометриоза в послеоперационном рубце стали наличие болей в данной области во время менструации. В данный период времени больные за помощью не обращались. Через 3-4 месяца больные отмечают рост опухолевидного образования в области послеоперационного рубца, чаще всего в правой половине. У всех больных, образования подтверждены на аппарате УЗИ. Размеры эндометрием в среднем составляли от 2-5см, один случай эндометриоза послеоперационного рубца более массивный и составил от 5 см. Данные образования представлены в виде оного или двух узлов создающий общий конгломерат.

Все 8 больных прооперированы в плановом порядке, и операционный материал взят на гистологическое исследование и лабораторно подтверждён.

В связи с редкостью заболевания и специфических клинических проявлений, трудности диагностики на ранних этапах мы хотим привести более подробный клинический случай.

Пациентка П.31 года, поступила в х\о с жалобами на наличие опухолевидного образования в области послеоперационного рубца после кесарева сечения, выполненного в 2009году в экстренном порядке по акушерским показаниям (слабость родовой деятельности). При опросе больной стало известно, что появились боли в области послеоперационного рубца накануне и во время месячных, различные по интенсивности: от тупых ноющих до мучительных «дергающих», иногда отмечала приступообразный характер боли и сопровождалось тошнотой, по окончании месячных боли в области послеоперационного рубца затихали. Период лактации и грудного вскармливания продолжался до 8 месяцев и рост эндометриоидного узла больная не наблюдала. В 2011 году при прохождении с места работы профилактического осмотра и УЗИ был обнаружен с правой стороны в послеоперационном рубце рост эндометриоидного узла. С 2011 по 2016 год больная не лечилась и за медицинской помощью не обращалась, но отмечала рост эндометриоидных узлов в данных областях, усиление болей во время менструаций. Для уточнения диагноза было проведено МРТ исследовании: в апоневрозе, тесно прилегая к прямой мышце живота, определяются неправильно овальной формы плотные образования (справа до 25×42×53 мм. слева до 12×25×20 мм.) с неровными чёткими контурами, несколько неоднородной структуры, средней

интенсивности МР- сигнала на Т1, Т2, Т1FS слабо повышенной на stir– эндометриоидного, фиброзного характера. При осмотре и пальпации: в области послеоперационного рубца (разрез по Пфанненштилю 12×0,5 см, без признаков воспаления) с правого угла имеется опухолевидное образование 6×3 см. болезненное, малоподвижное. Кожа над образованием не изменена. В левом углу послеоперационного рубца имеется образование 1,5×2 см, плотное, болезненное. С диагнозом эндометриоз послеоперационного рубца выполнено плановое оперативное вмешательство: в области левого и правого послеоперационного рубца, в апоневрозе, тесно прилегая к прямой мышце живота, определяются неправильно овальной формы плотные образования (справа до 2,0×4,0×5,0 см. слева до 1,0×2,0×2,0 см.) с неровными чёткими контурами, несколько неоднородной структуры. На разрезе образование серо-коричневого цвета ткани неправильной формы, волокнистого строения. Иссечено enbloc в пределах здоровых тканей.

Гистологическое исследование удалённого образования- грубоволокнистая соединительная ткань, поперечно полосатая ткань и жировая ткань с разрастаниями эндометриоидной ткани с кистозно расширенными железами с индифферентным эпителием. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. При контрольном осмотре через 6 месяцев – данных за рецидив заболевания, нет.

Казалось бы, диагностика эндометриоза послеоперационных рубцов не должна вызывать затруднений. Тем не менее заболевание нередко принимают за воспалительный инфильтрат, и длительное время проводят рассасывающее лечение, включая тепловые процедуры, от которых боли усиливаются. У некоторых больных приступообразные боли, возникающие в результате вовлечения в процесс брюшины, ошибочно принимают за ущемленную вентральную грыжу [7, с. 520].

Нами выявлено, эндометриоз послеоперационного рубца наблюдается у пациенток в возрасте от 20-35 лет, возможное образование происходит через 2-3 года после оперативного акушерского вмешательства кесарева сечения с разрезом по Пфанненштилю. Наличие в анамнезе кесарева сечения, пальпируемое образование в передней брюшной стенке, его локализация и цикличность болей, связанная с менструальным циклом, являются специфическим признаками эндометриоз послеоперационного рубца. Интересной особенностью, выявленной у наших пациенток, явилось отсутствие вовлечения брюшины в патологический процесс при эндометриозе послеоперационного рубца. Таким образом эндометриоз послеоперационного рубца требует более детального и дальнейшего изучения и выяснения этиологии, патогенеза, выявленного в нашем исследовании факта, для подтверждение данного диагноза [3, с. 387].

Список литературы

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. – Ставрополь: СГМА, 2002. – 228 с.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 1998. – 317 с.

3. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. Руководство для врачей. Изд. 2-е. – М.: Медицина, 2006. – 411 с.

4. Андреева Е.Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных. Дис. доктора медициских наук. – М., 1997. – 333 с.

5. Баскаков В.П. и др. Эндометриоидная болезнь. – С.-Петербург: Н-Л, 2002. – 460 с.

6. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты. Автореф. дис. доктора медициских наук. – М., 2002. – 52 с.

7. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Эндометриоидная болезнь // Гинекология: Руководство для врачей. / Под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. – М.: Литера, 2008. – 840 с.

8. Логинова О.Н., Сонова М.М. Клинические особенности наружного генитального эндометриоза. // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2011. – №6. – С. 28-29.

9. Максимова Ю.В. Клинико-морфологическаяя характеристика изменений эутопического и эктопического эндометрия при распространенных формах генитального эндометриоза. Автореф. дис. доктора медициских наук. – М., 2010. – 206 с.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ – КАК МЕТОД, БЛАГОТВОРНО ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Сердюков М.А.
доцент кафедры хирургических болезней, к.м.н., доцент,
Астраханский государственный медицинский университет,
Россия, г. Астрахань

Кчибеков Э.А.
профессор кафедры хирургических болезней, д.м.н., профессор,
Астраханский государственный медицинский университет,
Россия, г. Астрахань

Ашуров Ф.А.
интерн кафедры хирургических болезней,
Астраханский государственный медицинский университет,
Россия, г. Астрахань

В данной статье рассматриваются симультантные операции как метод, благотворно влияющий на качество жизни пациента.

Ключевые слова: сочетанные, симультантные операции, ЖКБ, пупочная грыжа.

Сочетанные или симультантные операции – это оперативные вмешательства, выполняемые параллельно или последовательно за одно анестезиологическое пособие. Современный уровень развития хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии позволяет выполнять значительные по объему и травматичности оперативные вмешательства с гораздо меньшим риском для жизни больного, чем это было возможно ранее.

По последним данным в литературе указывается на увеличение количества сочетанных операций [5, с. 22]. Так в НУЗ ОБ на ст. Астрахань-1 ОАО

«РЖД» с 2014 по 2016 год были проведены 1411 операций. Из них 56(5%) были симультантными. 48(85.7%) больных от всех оперированных в нашей больнице с такой патологией как ЖКБ и пупочные грыжи. При детальном рассмотрении 48 случаев было определено, что 9(18.7%) были мужчины, женщин соответственно было 39(81.3%). Как известно из литературных источников желчнокаменной болезнью чаще страдают женщины (4:1), что и характерно для нашего исследования [2, с. 64, 4, с. 660]. По нашим данным вторичные заболевания как пупочная грыжа было определено при дополнительном осмотре и сборе анамнеза. Что касается мужчин, ситуация противоположная. У 7 обратившихся к нам пациентов с диагнозом пупочная грыжа при дополнительном УЗИ обследовании были обнаружены камни в желчном пузыре. Больные с сочетанной патологией распределились по возрасту и полу следующим образом:

Таблица

Соотношение количества больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Количество	Процент	Количество	Процент
30-40	1	11.1%	-	-
41-50	-	-	11	28.2%
51-60	3	33.3%	13	33.3%
61-70	5	55.6%	14	35.9%
>70	-	-	1	2.6%

Все больные оперированы по следующей методике: операция начиналась с выделения и вскрытия грыжевого мешка в области пупка для введения порта для оптики в пупочное кольцо. Холецистэктомия проводилась по стандартной методике. В нашей больнице удаление желчного пузыря мы проводили через доступ №2 в эпигастральной области, тем самым мы предотвращаем инфицирование швов при дальнейшей пластике пупочного кольца. Пластика пупочного кольца определялась по размеру грыжевых ворот и выполнялась по Мейо или Сапежко.

За период с 2014 по 2016 год в отделении так же было проведено 8 (14.3%) сочетанных операций с более обширными патологиями. Трое больных имели послеоперационные невправимые грыжи передней брюшной стенки и ЖКБ. Данным больным операция начиналась так же с выделения грыжевого мешка, вскрытия его, выделения и освобождения содержимого от сращения с погружением в брюшную полость. При этом, если дефект в апоневрозе составлял не более 3 см и располагался в средней и нижней трети п/о рубца удаление желчного пузыря продолжалось лапароскопически. В одном случае дефект в апоневрозе составил более 6 см и имелся достаточный диастаз прямых мышц живота, удаление желчного пузыря произведено из данного доступа. Применение лапараскопической методики при данной патологии обеспечило нам контроль над рассеченными сращениями и возможным обнаружением другой патологии в брюшной полости.

Двое больных были с сочетанием хронического аппендицита и ЖКБ. Данным больным по принятой стандартной методике обследования была

проведена ирригоскопия, на которой диагноз хронический аппендицит подтвержден. Так же проведена лапароскопическая аппендэктомия и холецистэктомия.

Один случай наблюдения из нашего опыта сочетанных операций хотим разобрать подробнее. Больная Х. 1954 г.р. поступила в х/о по экстренным показаниям с диагнозом невправимая пупочная грыжа. Ранее в течении 10 лет со слов больной, за медицинской помощью больная никуда не обращалась, обследований никаких не проходила. При осмотре в области пупка имеется опухолевидное образование 4х5 см невправимое в брюшную полость. Явлений ущемления нет. При обследовании больной на УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства обнаружено множество мелких конкрементов в желчном пузыре и серозная киста верхнего синуса правой почки. На консилиуме решено провести 3 сочетанных операций. Такие как: невправимая пупочная грыжа, ЖКБ хронический калькулезный холецистит, серозная киста правой почки. Под ЭТН операция начата с выделения грыжевого мешка от пупка. При вскрытии грыжевого мешка обнаружено, что имеется прядь большого сальника припаянного к грыжевому мешку. Спайки разъединены, сальник погружен в брюшную полость. Пупочное кольцо расширено до 3 см. В него введен троакар с оптикой, 2 герметирующих шва. Операция продолжена эндоскопически. Желчный пузырь удален по стандартной методике. При дальнейшей ревизии обнаружено выбухание кисты правой почки, брюшина рассечена, почка с кистой выделены. Киста 8х6х10 см располагающаяся в верхнем полюсе. Произведена резекция кисты в пределах здоровых тканей. Дефект пупочного кольца ушит двухрядными узловыми швами. Общее время операции составила 1 час 10 минут.

Вывод: При детальном обследовании больных мы можем определить сочетание таких патологий как пупочная грыжа и желчнокаменная болезнь, что в свою очередь ведет к предотвращению осложнений после операции. Применение симультантных операций при той или иной патологии брюшной полости и забрюшинного пространства приводит к уменьшению количества часов под наркозом, возможность одновременного лечения гинекологической, хирургической и урологической патологий. Одномоментное проведение операций позволяет пациенту сократить общее время пребывания в стационаре, так же пациенты воспринимают симультантные операции как одно хирургическое вмешательство, что значительно снижает уровень стресса и волнений перед и после операции, что в свою очередь благотворно влияет на качество жизни пациента.

Список литературы

1. Бондарев В.А., Сердюков М.А. Возможности исключения образования грыж при лапароскопических операциях // Сборник научных трудов Всерос. конф. хирургов. – Махачкала, 2010. Т.1. С. 30-31.

2. Дадвани С.А. Желчнокаменная болезнь 2009. 175 с.

3. Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Сердюков М.А., Бондарев В.А. Диагностическая роль ферритина при скрытом деструктивном холецистите // Научные ведомости Белгородского государственного университета. №4(175). 2014. – Выпуск 25.С. 29-31.

4. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей // Руководство для врачей. 2-е издание. М.: МИА, 2011. 880 с.

5. Скворцова Т.Э. и др. Желчнокаменная болезнь. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике. – М.: Форте принт, 2013. 32 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРНЕВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО СОХРАНЕНИЮ ЗУБОВ В КАЧЕСТВЕ ОПОРЫ ПОКРЫВНЫХ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Симаганов А.Ю.
ординатор факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Пылайкина В.В., Никонова А.В.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Герасимова Т.В.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Сохранение одиночных корней, несомненно, позволяет пациентам беспрепятственно перейти с частично-съемных протезов через использование покрывных к полным съемным конструкциям. Но все же, исследование клинических ситуаций, говорит о том, что трудно поддающие лечению и протезированию, многокорневые зубы с локализацией хронического очага воспаления в области бифуркации или трифуркации, удаляются, и вместе с ними исчезает последняя надежда на удовлетворительную фиксацию протеза.

Ключевые слова: покрывной протез, зубосохраняющая операция.

Показанием для проведения операции послужило наличие перфорации, хронического периодонтита в области бифуркации или его обнажение корней, наличие непроходимых каналов, воспаления в периапекальных тканях одного из корней многокорневого зуба, не поддающихся лечению.

К противопоказаниям к проведению такого метода лечения относятся значительная убыль костной ткани всех корней, что приводит к неблагоприятному соотношению над и поддесневой частей зуба, препятствующие зубам выдерживать физиологические нагрузки во время акта жевания; наличие непроходимых корневых каналов, очаги воспаления в периапекальных тканях корней многокорневого зуба, не поддающихся лечению [4, с. 48-49].

Исходя из клинического состояния надальвеолярной части, определяли тип корней. Цуканова Ф.Н. (1986) выделила четыре типа корней, которые можно использовать в качестве опоры: I тип – корни с сохранившейся наддесневной частью (2 мм и более); II тип – корни на уровне десны с сохранением стенок; III тип – корни, края которых скрыты под десной; IV тип – корни с разрушением бифуркации [1, с. 39-42].

Оценка состояния сегментов осуществлялась с помощью показателей функционирования сохранившихся сегментов разработанных на основании показателей функционирования имплантатов Мергазизовым М.З. 1984 г.

Для предварительной оценки зуба, степени резорбции костной ткани, изучения сегментов после зубосохраняющей операции и результатов лечения использовали внутриротовые рентгенограммы [3, с. 150-155]. Получено и исследовано 78 рентгенограмм случаев протезирования с использованием в качестве опор корней зубов в различные сроки (через 6 месяцев, 1 год, и 2 года после зубосохраняющей операции).

По исходу 2 недель после операции, на сохранившие корни изготавливали литые штифтовые вкладки с надкорневой защитой с последующим изготовлением покрывных конструкций. В 14 случаях, на надкорневой защите на один из сохранившихся корней шестого и седьмого зубов, устанавливали аттачмены (патрицу) uni системы бредент. В четырёх случаях под опору съёмного протеза использовали корни двух зубов, расположенных на обеих сторонах верхней челюсти. Конструкции фиксировали на СИЦ [2, с. 55-61]. Всего изготовлено 47 штифтовых конструкций с дальнейшим изготовлением 15 покрывных протезов на верхнюю и 4 на нижнюю челюсти.

Корни зубов соответствовали IV типу Ф.Н. Цукановой. последующие результаты исследования показали, что при обследовании больных с покрывными конструкциями зубных протезов за исследуемый период выраженных жалоб не обнаружено. При оценке пародонта сегментов, после 6 месяцев в основном отмечено нормальное состояние корней, подвижность в пределах физиологической податливости тканей, безболезненная перкуссия, отсутствие воспалений слизистой оболочки десны и костной ткани, что соответствовало показателю 1 и составило 94,1% из числа наблюдений. Через год данный показатель определялся у 76,5%, через два – у 52,9% пациентов. К концу года подвижность I степени наблюдалась в 29,4%, II степени – 5,6% случаев. Причем, в 60% случаев у пациентов подвижность корней зубов I степени к концу второго года увеличилась до II, и только у одного пациента была отмечена III степень подвижности. При этом, пациенты никаких жалоб не озвучивали и фиксацию протеза отмечали как удовлетворительную. Воспаление десневого края, в большинстве случаев, наблюдалось в области нахождения корней, не имеющих аттачменов на надкорневой защитке штифтовой культевой вкладки. Убыль десневого края определялась в пределах 0,4-1 мм к концу первого года, и 0,4-3 мм к концу второго и была в большей степени характерна для корней, у которых в штифтовую конструкцию были установлены аттачмены. На рентгенограммах к концу исследуемого периода отмечалась атрофия костной ткани в пределах 1-3 мм.

Периодическое появление воспалительных явлений в области расположения корней, не имеющих аттачменов в конструкции штифтовой культевой вкладки, связано с подвижностью протеза и защемлением десневого края

между базисом протеза и надкорневой защиткой [6, с. 48-49]. Рецессия десневого края с воспалением и без нее скорей всего возникает в результате перегрузки сохранившихся корней. Причиной III степени подвижности корня явилась недостаточная длина корня, которая на этапе протезирования составила 6 мм. Причем длина корней у пациентов со II степенью подвижности варьировала от 7 до 9 мм. И все же пациенты настолько были адаптированы к конструкции покрывных протезов, что не предъявляли жалоб ни на периодически возникающее воспаление и даже на подвижность. В дальнейшем, удаление корня с III степенью подвижности, сказалось негативно на фиксации и стабилизации протеза. Пациент заметил ухудшение фиксации и снижение функциональности конструкции, что повлекло за собой проведение перебазировки базиса протеза. Исходя из этого, можно сказать, что наличие дополнительной фиксации покрывных протезов, независимо от состояния корня и прилегающих тканей, отражается на качестве жизни пациента.

Подлежащие консервативному лечению зубы с хроническими очагами воспаления или перфорацией в области бифуркации или трифуркации, могут быть подвергнуты коронорадикулярной сепарации и гемисекции, а сегменты в последующем использованы в качестве опорных элементов для съемных протезов [5, с. 134-143].

Фиксация протезов на интердентальных аттачменах обеспечивает лучшую фиксацию и стабилизацию съемных протезов, тем самым обеспечивая высокую функциональную эффективность ортопедического лечения.

Список литературы

1. Брагин Е.А., Скрыль А.В., Каливраджиян Э.С., Алабовский Д.В. Ортопедические методы лечения при полном отсутствии коронки зуба / Тезисы докладов IV научной конференции СГМА. – Ставрополь, 1998. – С. 39-44.

2. Воробьёва Е.Е. Российская страховая медицина: проблема эффективности и социальной легитимизации. Известие высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2010. – №1. С.55-61.

3. Загорский В.А. Частичные съемные и перекрывающие протезы. – М.: Медицина, 2007. – С. 148-155.

4. Клемин В.А., Кубаренко В.В., Козлов Б.С., Апекунов Г.Ю. Особенности проведения гемисекции моляров на верхней челюсти с ранним протезированием / Дентал Юг, Краснодар. – 2009, № 6. – С. 48-49.

5. Нестерова С.М., Воробьёва Е.Е., Емелина Г.В., Морозова Н.А. Сравнительный анализ стоматологических учреждений Пензенской области разных форм собственности. Научная дискуссия: вопросы экономики и управления. 2016. №2 (46). С. 134-143.

6. Лебеденко И.Ю., Марков Б.П. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. – М.: Практическая медицина, 2006. – С. 48-49.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ФИКСАЦИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Симаганов А.Ю.
ординатор факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Пылайкина В.В., Никонова А.В.
студентки 4 курса факультета стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Удальцова Е.В.
ассистент кафедры стоматологии,
Пензенский государственный университет, Россия, г. Пенза

Частичная потеря зубов – это патологическое состояние, возникающее после утраты одного или нескольких зубов. Отсутствие зубов мудрости при этом не учитывается. Основными причинами, приводящими к потере зубов, являются кариес и его осложнения, травмы, заболевания пародонта, операции.

Ключевые слова: бюгельный протез, система фиксации.

Клиническая картина при частичной потере зубов зависит от величины и топографии дефектов, состояния жевательного аппарата, длительности недуга, возраста пациента, наличия у него сопутствующих соматических заболеваний и др.

К морфологическим симптомам частичной потери зубов в первую очередь следует отнести нарушение целостности зубного ряда, появление дефектов. Зубной ряд перестает быть единым целым. Дефекты, появляющиеся в нем, могут быть концевыми, включенными, комбинированными. По протяженности их подразделяют на малые (потеря от 1 до 3 зубов), средние (4-6 зубов) и большие (более 6 зубов) [3, с. 148-155].

Частичное отсутствие зубов оказывает влияние на качество жизни пациента, провоцируя нарушения жизненно важной функции организма – пережевывания пищи; может являться следствием развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера [5, с. 299].

Проблема для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции влияют на коммуникационных способностях пациента, могут обусловить изменения психоэмоционального здоровья.

Частичная адентия является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области: феномен Попова-Годона, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и соответствующего болевого синдрома [6, с. 48-49].

Отсутствие зубов может привести к потере уравновешенных окклюзионных контактов между зубами-антагонистами и контактов между рядом стоящими зубами. Несвоевременное восстановление целостности зубных ря-

дов при их частичном отсутствии обусловливает перегрузку пародонта сохранившихся зубов, развитие патологической стираемости, нарушения биомеханики зубочелюстной системы, атрофии мышц, приводит к развитию болезней пародонта, в отдаленной перспективе – к полной утрате зубов – полной вторичной адентии обеих челюстей.

В современной ортопедической стоматологии во избежание развития всех вышеперечисленных нарушений одним из способов для лечения дефектов зубных рядов является протезирование съемными протезами, среди которых первое место, наиболее эффективными в функционально-морфологическом плане восстановления целостности зубных рядов, занимают бюгельные протезы.

Бюгельный протез – (происходит от немецкого слова «Bugel», что в переводе означает «дуга»). Такая конструкция зубного протеза позволяет использовать для опоры не только десны, но и собственные зубы. При этом по сравнению с пластиночными съёмными протезами, у бюгельного протеза способ передачи жевательной нагрузки ближе к физиологическому. Основной особенностью этих видов протезов является металлический каркас и базис с искусственными зубами.

Существует несколько систем фиксации протеза: бюгельные протезы, фиксирующиеся с помощью опорно-удерживающих кламмеров; бюгельные протезы, удерживающиеся с помощью микрозамковых креплений (аттачментов); бюгельные протезы с телескопической системой фиксации [4, с.300].

Кламмерная фиксация представляет собой крючки с пружинистыми свойствами, плотно охватывающие зуб, не повреждая эмаль. Благодаря этим свойствам протез надежно удерживается в полости рта. Недостатком этого протеза является не всегда приемлемая эстетика в области опорных зубов. Может являться временным решением в случаях последующей имплантации [1, с. 335-337].

В последнее время в связи с рядом плюсов перед кламмерными креплениями ощущается стремительное развитие в необходимости замковых систем фиксации, в которых удержание бюгельных протезов осуществляется за счет микрозамков. Он состоит из двух частей: неподвижной части-матрицы, которая находится на опорном зубе на вкладке, полукоронках или полных коронок, и вкладочной части-патрицы, которая устанавливается на бюгельном протезе, прочно соединена с ним, крепление такого вида фиксации происходит благодаря соединению и последующему защелкиванию элементов микрозамков. [2, с. 65-67].

Бюгельные протезы с телескопической системой фиксации – является одним из самых сложных видов бюгельных протезов, но зато и один из самых долго функционирующих. В его основе лежат телескопические (двойные) коронки. Одна фиксируется на зуб. Вторая, внутренний контур которой точно повторяет внешний контур первой, располагается в бюгельном протезе. Подобно двум стаканам одна коронка «садится» на другую, плотно удерживая протез.

Каждая из предложенных систем фиксаций имеет свои преимущества и недостатки, для лучшего усвоения данной тематики составим таблицу сравнения согласно критериям, предложенными авторами И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливраджиян и С.А. Наумович, которые помогут определиться с выбором фиксации бюгельного протеза в зависимости от клинической ситуации.

Рассмотрев различные разновидности бюгельных протезов в зависимости от видов систем фиксации; исходя из вышеупомянутых критериев: сохранности опорных зубов, распределении жевательной нагрузки, технологичности конструкций, устойчивости, срока службы, эстетики, стоимости; из преимуществ и недостатков того или иного вида фиксации, в зависимости от клинической ситуации необходимо использовать бюгельные протезы с рациональным выбором определенной системой фиксации.

Список литературы

1. Емелина Г.В., Зюлькина Л.А., Кузнецова Н.К., Суворова М.Н., Емелина Е.С. Результаты интервьюирования пациентов терапевтического стоматологического приёма. В сборнике: Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2015) сборник статей V Международной научной конференции. под ред. А. Н. Митрошина, С. М. Геращенко. 2015. С. 335-337.
2. Емелина Г.В., Емелина Е.С., Никонова А.В., Пылайкина В.В. Современные методы диагностики в стоматологии. Современные тенденции развития науки и технологии. 2016. №12-2. С. 65-67.
3. Загорский В.А. Частичные съемные и перекрывающие протезы. – М.: Медицина, 2007. – С. 148-155.
4. Зюлькина Л.А., Суворова М.Н., Емелина Г.В., Кузнецова Н.К., Воробьёва Е.Е., Кавтаева Г.Г. Современное состояние вопроса использования физиотерапевтических методов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта. Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. С. 300.
5. Игидбашян В.М., Зюлькина Л.А., Суворова М.Н., Емелина Г.В., Кузнецова Н.К., Кавтаева Г.Г. Современные подходы к вопросам комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. С. 299.
6. Лебеденко И.Ю., Марков Б.П. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. – М.: Практическая медицина, 2006. – С. 48-49.

НЕЙРО-ИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ РИНОСИНУСИТЕ

Стагниева И.В.
доцент кафедры оториноларингологии, канд. мед. наук,
Ростовский государственный медицинский университет,
Россия, г. Ростов-на-Дону

Патогенез риносинусита связан с типом иммунного реагирования и степенью участия нейро-медиаторного механизма. В работе доказано, что выраженный болевой симптом при риносинусите свидетельствует о нейро-иммунном воспалении, которое проявляется цитотоксическим типом иммунного ответа и иммунодефицитом.

Ключевые слова: риносинусит, нейро-иммунное воспаление, иммунодефицит.

Нейро-иммунное воспаление формируется универсальными медиаторами, которые обеспечивают связь между иммунными и нервными клетками. Патогенез риносинусита связан с типом иммунного реагирования и степенью участия нейро-медиаторного механизма [1, 2, 3].

Цель: определение роли нейро-иммунного воспаления в патогенезе риносинусита.

Материалы и методы: обследовано 337 больных с нарушением носового дыхания и различной выраженностью лицевой боли.

Всем больным проведено полное клиническое обследование, иммунограмма, КТ околоносовых пазух. Выполнена оценка болевого симптома и уровня невротизации. Определены уровни цитокинов IL-1β, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNFα, INFγ и субстанции Р в сыворотке крови.

Результаты. Средний показатель болевого теста составил 59,16%. Высокие значения уровня тревожности у 42,5% больных. Найдена прямая статистически значимая корреляционная связь между ранжированными показателями вегетативной дистонии, уровнем невротизации, суммарным показателем боли. Обнаружена прямая корреляционная связь между суммарным показателем боли и уровнем SP в сыворотке крови больного ($r=0,6825$; $p<0,001$). У некоторых пациентов уровень SP достигал 4000-5000 пг/мл. В этом случае воспалительная реакция у больных может быть вызвана или усугубляться нейро-иммунным механизмом, т.к. SP является медиатором нейрогенного воспаления [4, 5, 6, 7]. Не инфекционный фактор, а высокий уровень SP является пусковым механизмом воспалительной реакции. Вегетативная дистония и дисбаланс нейромедиаторов могут лежать в основе патогенеза острого воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Это объясняет наличие выраженного болевого симптома у больных с легким течением риносинусита. Сочетанная регуляция систем контроля боли и иммунных реакций осуществляется через рецепторы, общие для нервных и иммунокомпетентных клеток [8, 9, 10]. Патофизиологические уровни SP вызывают продукцию провоспалительных цитокинов TNF-α, IL-1β, IL-2, IL-6, IL-8 Т-лимфоцитами, макрофагами и нейтрофилами [11, 12]. Поэтому уровень SP у больных был расценен как маркер нейро-иммунных взаимодействий. У больных показатели иммунограммы свидетельствуют о цитотоксическом варианте иммунного ответа на фоне дефицита гуморального звена и фагоцитоза. Отмечается уменьшение иммунорегуляторного индекса, повышение абсолютного и относительного количества CD8+, CD16+ клеток. У этих больных отмечены высокие концентрации IL-1β, IL-6, IL-8 и TNFα. Концентрация противовоспалительных цитокинов резко снижена. Низкие концентрации IL-4 и IL-10 не ингибируют избыточный синтез провоспалительных цитокинов. Это привело к смещению баланса активности Th1-/Th2-лимфоцитов в сторону Th-1, недостаточности гуморального ответа и пролонгировании болевого симптома.

Выводы. Выраженный болевой симптом при риносинусите свидетельствует о нейро-иммунном воспалении, которое проявляется цитотоксическим типом иммунного ответа, резким смещением цитокинового баланса в сторону провоспалительных цитокинов, баланса активности Th1-/Th2-лимфоцитов в сторону Th-1 и иммунной недостаточностью. При наличии нейро-иммунного механизма необходимо в схему лечения включать препараты, купирующие нейро-иммунное воспаление.

Список литературы

1. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Эффективность иммуномодулирующей терапии у больных риносинуситом // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № 5. С. 423-430.
2. Бойко Н.В., Стагниева И.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей // Российская ринология. 2012. Т. 20, № 4. С. 39-41.
3. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Роль цитокинов в патогенезе лицевой боли при риносинусите // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17, № S. С. 319.
4. Стагниева И.В. Вегетативная дисфункция в проявлении прозопалгий у больных с риносинуситами // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 67-69.
5. Стагниева И.В., Бойко Н.В. Головная и лицевая боль при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2014. № 3. С. 55-59.
6. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Значение цитокинового профиля в проявлении болевого симптома при риносинусите // Цитокины и воспаление. 2015. Т. 14, № 4. С. 29-34.
7. Стагниева И.В. Роль субстанции р в патогенезе лицевой боли при риносинусите //Российская ринология. 2015. Т. 23, № 1. С. 33-35.
8. Бойко Н.В., Колесников В.Н. Клиническая ценность передней активной риноманометрии // Российская ринология. 2006. № 3. С. 4-7.
9. Бойко Н.В., Колесников В.Н., Писаренко Е.А. Гипоплазия верхнечелюстной пазухи // Российская ринология. 2012. Т. 20, № 1. С. 39-42.
10. Костинов М.П., Мещерякова А.К., Фошина Е.П., Тарбаева Д.А., Сависько А.А., Зайцева Е.В.Клиническое течение острой респираторной инфекции и состояние микробиоценоза верхних дыхательных путей у беременных // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2012. № 5. С. 12-16.
11. Сависько А.А., Костинов М.П., Харсеева Г.Г., Ястребова Н.Е., Шмитько А.Д., Евдокимова Е.П., Иванова И.А., Трухачев А.Л., Лабушкина А.В., Черданцев А.П., Подгорный И.В. Состояние иммунитета к streptococcus pneumoniae у здоровых новорожденных детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015. Т. 94, № 1. С. 9-12.
12. Стагниева И.В. Лечение лицевой боли при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2015. № 1. С. 82-85.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ФЛЕГМОН ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ И ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Степанов Д.А.
аспирант кафедры стоматологии №2, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Максюков С.Ю.
заведующий кафедрой стоматологии №2, доктор медицинских наук, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Степанова З.Е.
аспирант кафедры стоматологии №2, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Татьянченко В.К.
заведующий кафедрой оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, доктор медицинских наук, профессор, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

В статье рассматриваются вопросы комплексного лечения сочетанных флегмон поднижнечелюстной и подподбородочной областей, составляющих дно полости рта. Использование современные методы диагностики, а также оригинальные технологии по диагностики и лечению острого тканевого гипертензивного синдрома (компартмент синдром). Полученные у 83,3% больных хорошие результаты лечения, позволяют рекомендовать предложенную тактику лечения для широкого применения.

Ключевые слова: флегмона, дно полости рта, хирургическое лечение.

Анализ отечественной и зарубежной литературы [1,2,3,4] свидетельствует, что трудности лечения гнойных заболеваний мягких тканей лицевого отдела головы в современных условиях обусловлены несколькими причинами. К ним относятся и поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, изменения характера патогенной микрофлоры с нарастающей устойчивостью ее к применяемым антибиотикам, необоснованно длительное консервативное лечение, неправильное или недостаточно радикальное первичное хирургическое вмешательство. При этом хирургами часто не учитывается и то, что одной из особенностей гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является их свойство распространения по клетчаточным пространствам и фасциальным щелям с образованием гнойных затеков [1, 2].

Кроме того, около 25-40% указанного контингента пострадавших, имеют осложненные формы течения межмышечных флегмон лицевого отдела головы и шеи, в виде развившегося острого тканевого гипертензионного

синдрома (ОТГС) [3]. Однако, данных литературы, касающихся обоснования дифференцированной тактики хирургического лечения сочетанных флегмон подчелюстной и подподбородочной областей, с учетом стадии развития ОТГС, мы не обнаружили. До сих пор в хирургической практике ранняя диагностика тканевого гипертензивного синдрома основывается на субъективных, малоинформативных клинических данных. Следовательно, перед хирургом стоит задача осуществить не только широкое и анатомически обоснованное дренирование очага воспаления, но и устранить угрозу развития ОТГС.

Разработать и обосновать дифференцированный подход к хирургическому лечению больных с флегмонами мягких тканей лицевого отдела головы, осложненными гипертензионным синдромом, возможно только с учетом стадий его развития. Это требует проведения тщательных анатомических и экспериментальных исследований, с последующим сопоставлением полученных результатов и клинического материала.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с флегмонами поднижнечелюстной и подподбородочной областей (дно ротовой полости) путем диагностики острого тканевого гипертензионного синдрома и определения в зависимости от этого тактики хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Анализ клинических наблюдений основан на комплексном лечении и изучении результатов операции у 65 больных с флегмонами поднижнечелюстной и подподбородочной областей. Приведены сравнительные результаты лечения двух групп больных, отличающихся характером диагностических приемов и оперативных вмешательств. В 1 группу (33 пациента) вошли больные, у которых диагностика была дополнена методами УЗИ и измерением тканевого давления с последующей фасциотомией футляров заинтересованных мышц по показаниям, и общепринятое лечение – ультразвуковой кавитацией гнойного очага, а также озонотерапии. Во 2 группе (32 пациента) больных осуществляли вскрытие и ревизию гнойного очага, санацию его и дренирование. Диагностику гипертензионного синдрома не проводили. В обеих группах больных хирургическое лечение дополнялось медикаментозной терапией по общепринятой схеме. Из 65 больных было лиц мужского пола 38 (58,4%) и женского 27 (41,6%).

Вместе с тщательным изучением анамнеза по данным опроса проводили комплекс обследований, с целью которого было установить правильный диагноз, характер и распространенность воспалительного процесса. Данные обследования были определяющими в оценке сроков и объема оперативного вмешательства и дальнейшего лечения.

1. Клинические методы исследования: Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимический анализ крови.
2. Микробиологические методы исследования.
3. Иммунологические методы исследования.
4. Клинико-физиологические методы исследования: определение тканевого давления проводилось аппаратом «Stryker» REF, позволяющим одновременно неинвазивно измерить тканевое давление в здоровой и пораженной

стороне, а по соотношению этих показателей диагностировать гипертензионный синдром (решение о выдаче патента РФ по заявке №2016110047/14 от 02.12.2016 г.).

5. Для выявления роли микробного фактора, определения сроков очищения раны, производили посевы содержимого и определяли микробную обсемененность. Критерием завершения первого этапа лечения и показанием для второго, было снижение микробной обсемененности раны до 10^5 микробных тел в 1 г ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса.

Ультразвуковую обработку гнойных ран проводили с помощью аппарата для хирургической санации биологических объектов УРКС-7Н.

Для местной санации применяли в зависимости от фазы раневого процесса охлажденные озонированные растворы. При выраженной эндогенной интоксикации проводили системную (внутривенную) озонотерапию.

Результаты исследования. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием программы “Biostat” SPSS 17.0 и “Epilnfo” и пакета программ “Microsoft Office”. Различия между сравниваемыми средними значениями оценивались с использованием величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента $p< 0,05$ и по критерию Фишера $p<0,05$.

При изучении клинического течения флегмон поднижнечелюстной и подподбородочной области все больные были разделены на три подгруппы. В первую подгруппу (20 больных) были включены больные в возрасте до 35 лет, во вторую подгруппу (25 больных) – 35-45 лет и в третью подгруппу (20 больных) – старше 45 лет.

Больные возрастной группы до 35 лет поступали в стационар в основном среднетяжелом и тяжелом состоянии. Температура тела достигали 39,5-40,0^{0}С. Колебания ее в течение суток (в анамнезе) составляла 2-3^{0}С. Интоксикация была резко выражена. У большинства больных отмечались тошнота, головокружение, озноб.

Во второй возрастной группе (25 пациентов), объединивших больных в возрасте 36-45 лет, клиническое течение гнойно-воспалительных процессов изучаемой локализации характеризовалось большим разнообразием: очень бурное,с тяжелыми общими и местными нарушениями, умеренно активное или вялое и длительное без существенных общих и местных клинических проявлений с множеством осложнений.

При анализе наблюдений у больных старше 45 лет (20 пациентов) гнойно-воспалительный процесс протекал по гипоэргическому типу с распространением гнойника по всему клетчаточному пространству области. Все больные этой возрастной группы поступили в стационар в поздние сроки (на 10-12 день после начала заболевания), что вполне обьяснимо замедлением местной и общей реакции на внедрение микрофлоры.

Всем больным для объективной оценки их состояния в день поступления проводили измерение температуры и брали общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму. Из лабораторных данных наиболее

информативными достоверными оказались показатели общего анализа крови, биохимии крови. Иммунологические показатели анализировали по Т- и В-системам иммунитета. Все перечисленные показатели повторяли в динамике на 3-4, 7-8 и 10-12 дни лечения.

У больных всех возрастных подгрупп с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей имелось снижение показателя гемоглабина и белка крови, снижение числа эритроцитов, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево вплоть до незрелых форм, увеличение СОЭ. У части больных обнаружена токсическая зернистость лейкоцитов (до +++).

Следует отметить у больных старше 45 лет на фоне снижения показателя гемоглобина, числа эритроцитов и увеличение СОЭ, изменение в белой крови были менее выраженными.

Количество лейкоцитов не более $16x10^9$/л, а в 2-х случаях отмечалась лимфопения с резким сдвигом формулы влево.

Следует отметить, что возрастной разницы в изменениях биохимических показателей мы не обнаружили ($p>0,05$).

В спектре выделенной микрофлоры из очагов хирургической инфекции преобладали энтеробактерии, составляя 46,1%, и представители рода Staphylococcus – 33,6%. Реже встречались Enterococcusfaecalis, Aerococcusviridans и др. – 13,5% и грамотрицательные бактерии, представленные Pseudomonasaeruginosa (10,4%).

У трети обследованных больных возбудители хирургической инфекции были выделены в монокультуре, преимущественно стафилококки и стрептококки. Ассоциации микроорганизмов наблюдались у 36,5% больных. Чаще встречались ассоциации стафилококков и энтеробактерии, стафилококков и стрептококков, а также различных представителей семейства Enterobacteriaceae. В отличие от вышеуказанных случаев у 29,7% больных отмечалась динамика микробного пейзажа очагов хирургической инфекции. Если в начале заболевания преобладали стафилококки и стрептококки, то в ходе инфекционного процесса наблюдалась их элиминация с последующей заменой энтеробактериями частота выделения которых в течение заболевания увеличилась примерно в 2 раза.

Клинический анализ историй болезни пациентов с разной давностью заболевания показал, что если вскрытие патологического очага не осуществлено до 3-5 суток, то у больных обычно наблюдается симптоматика, выражающаяся в увеличении интенсивности болей, повышении потребности в анальгетиках и локальной болезненности в области заинтересованного фасциального ложа мышц при пассивных движениях в шее. У 9 больных, у которых вскрытие гнойника была осуществлено через 7 дней с момента заболевания, отмечалось нарушение чувствительности кожи лица и шеи на стороне операции. При этом величина внутритканевого давления у них была на 55-60% выше исходного уровня. Наиболее высокие показатели внутритканевого давления были отмечены у больных в возрасте 25-35 лет, у которых клиническое течение болезни характеризуется более бурным течением. Однако после вскрытия гнойника и при необходимости фасциотомии градиент

тканевого давления у больных этой возрастной группы быстро снижался и с выздоровлением нормализовался.

Мы считаем, что при установлении диагноза, сопутствующего гнойно-воспалительному заболеванию, каким является острый гипертензионный синдром, единственным эффективным лечением помимо вскрытия полости гнойника является фасциотомия заинтересованных мышц.

Фасциотомия была выполнена нами у 21 из 33 больных 1 группы наблюдений (63,6%), при чем ни у одного больного в возрасте старше 50 лет мы не наблюдали развития острого тканевого гипертензионного синдрома. В исследуемой группе пациентов не было отмечено развития нейромышечного болевого синдрома и контрактур в отдаленные сроки. У больных 2 клинической группы показатели тканевого давления не изучались. В послеоперационном периоде у 11 из 32 больных (34,4%) развились осложнения в виде парестезий или миофасциального болевого триггера.

У всех 65 больных с флегмонами поднижнечелюстной и подподбородочной области операции были выполнены в ближайшие часы (1-5 часов) с момента поступления больного в отделение гнойной хирургии. Операции выполнены под общим обезболиванием с применением адекватных разрезов. Больным основной группы (33 человека) производили санации гнойной полости растворами антисептиков и ультразвуковую обработку ран в 0,05% растворе хлоргексидина. Во второй группе (32 больных) гнойная полость обрабатывалась только растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода и 0,05% раствор водного хлоргексидина).

Важное место, особенно у больных со среднетяжелым и тяжелым течением патологического процесса, по шкале балльной оценки занимает предоперационная подготовка. В первую очередь она предусматривает уменьшение степени гиповолемии и дегидратации организма.

При лечении больных с флегмонами после операций мы использовали мази на полиэтиленоксидной основе (левомеколь, диоксиколь, левосин). После очищения ран и появления грануляций мы использовали пенные антисептики такие как «Диоксизоль» или « Олазоль». При ширине ран не более чем 3 см мы использовали «Куриозин».

Этап восстановительного лечения заключался в закрытии раневых дефектов. Восстановительный этап лечения начинали в строгом соответствии с показателями микробной обсемененности ран (не более 10^4-10^5 1/мл).

Анализ результатов лечения больных оперированных по поводу сочетанных флегмон поднижнечелюстной и подподбородочной области свидетельствует о том, что наилучшие исходы, полученные в 1 группе клинических наблюдений у которых хирургическая тактика при вскрытии патологического очага была дополнена фасциотомией вторичного фасциального футляра мышц при развитии острого гипертензионного синдрома. Кроме того, после вскрытия и механической санации гнойника всем больным 1 клинической группы выполнялась ультразвуковая обработка (кавитация) гнойной раны.

Применение озонотерапии в комплексном лечении обеспечивает бактерицидный, дезинтоксикационный, адаптогенный, иммуномодулирующий эффект, что позволяет улучшить результаты лечения больных. Полученные результаты позволяют рекомендовать проведение озонотерапии (как дополнительного способа (25 мкг/л)) ежедневно в первую фазу раневого процесса и/или при выраженной эндогенной интоксикации, местную озонотерапию с меньшей (5 мкг/л) концентрацией во вторую фазу. Применение деэскалационного принципа антибиотикотерапии позволяет улучшить результаты больных с глубокими флегмонами особенно при крайне тяжелом течении патологического процесса и манифестации синдрома системной воспалительной реакции организма.

Заключение. При сочетанных флегмонах поднижнечелюстной и подподбородочной области в 64,8% случаев наблюдается повышение тканевого давления, причем у большинства из них (88,6%) развивается тканевой гипертензионный синдром. Патогенетически обоснованным методом лечения при этом является фасциотомия вторичных футляров заинтересованных мышц. Применение у больных с флегмонами ультразвуковой обработки гнойной раны и ежедневного орошения озонированными растворами в концентрации не менее 20 мкг/л в послеоперационном периоде в 1,5- 2,5 раза ускоряет процессы очищения ран. При этом становится возможным раннее закрытие ран первично-отсроченными швами.

Комплексный подход в лечении больных с сочетанными флегмонами поднижнечелюстной и подподбородочной области позволяет достичь хороших результатов в ближайшие сроки после лечения у 83,3% больных (55,0% во 2 группе) при сокращении сроков пребывания в стационаре до 12,5±2,5 суток (14,2±2,6 во 2 группе), а в отдаленные сроки у 92,8% больных (64,7% во 2 группе).

Список литературы

1. Абаев Ю.К. Возбудители хирургической инфекции у детей: устойчивость к антисептикам и ее динамика /Ю.К. Абаев, Г.И. Гудкова, А.А. Адарченко // Детская хирургия. – 2006. – №3. – С. 30-33.

2. Белозор А.А. Лечение острой гнойной патоогии в практике центра амбулаторной хирургии / А.А. Белозор, Е.А. Оганесян // Амбулаторная хирургия. – 2006. – №3. – С. 57-59.

3. Серпионов С.Ю., Максюков С.Ю., Татьянченко В.К. / О тактике лечения больных с флегмонами околоушно-жевательной области // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – №4. – С. 85-88.

4. Татьянченко В.К. Способ лечения острого тканевого гипертензионного синдрома при флегмонах околоушно-жевательной области / В.К. Татьянченко, С.Ю. Серпионов, С.Ю. Максюков // Патент РФ №2554326-заявка №2014120834, опубл. 27.06.2015, бюллетень 18.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЫ

Степанова З.Е., Серпионов С.Ю.
аспиранты кафедры стоматологии №2, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Богданов В.Л.
ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Красенков Ю.В.
ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

В научных исследованиях, проводимых авторами статьи, убедительно доказано использование интегральной шкалы оценки тяжести течения флегмон околоушно-жевательной области на выработку тактики их лечения. Использование оригинальной методики (решение о выдаче патента РФ на изобретение по заявке №2016/07666/14 от 04.08.2016) позволяет в послеоперационном периоде сохранить у 90,9% больных функцию жевательной мышцы на стороне операции в полном объеме.

Ключевые слова: флегмона, околоушно-жевательная область, шкала, жевательная мышца.

Введение. Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной медицины, это касается и флегмон лицевого отдела головы. Только в структуре патологий отделений челюстно-лицевой хирургии на их долю приходится 30-35% случаев. Причем большую часть их составляют больные с флегмонами околоушно-жевательной области.

Хирургическое лечение больных с флегмонами околоушно-жевательной области в современной литературе продолжается обсуждаться, прежде всего потому, что результаты операций остаются не всегда удовлетворительными из-за высокого уровня послеоперационных осложнений, длительного заживления раны с формированием грубых деструктивных рубцов, образование болевых триггерных зон, нарушения функций жевания в следствие релаксации жевательных мышц, длительные сроки нетрудоспособности.

Определение тяжести состояния больного во многом основывается на профессиональном опыте хирурга. Однако объективное суждение врача должно быть подтверждено рядом объективных критериев.

Цель исследования. Применение унифицированного алгоритма определения тактики лечения больных с флегмонами околоушно-жевательной области в период их послеоперационной реабилитации.

Материал и методы исследования. Проанализированы материалы по хирургическому лечению и послеоперационной реабилитации 68 больных с флегмонами околоушно-жевательной области. Больные разделены на две клинические группы: основная (36 пациентов) и контрольная (32 пациента). При анализе демографических характеристик исследуемой когорты выявлено, что лица моложе 40 лет составили 80,8%, мужчины 61,7%, женщины-38,3% обследованных . Динамический мониторинг тканевого давления проводили аппаратом «Stryker-REF». Для выделения группы риска больных к патологическому рубцеванию был использован оригинальный метод определения типа ацетилирования [4]. У больных основной группы выбор тактики лечения и ведения послеоперационного периода проводили по оригинальной методике (приоритетная справка на изобретение № 2016/07666 от 04.08.2016).

Предлагаемый способ определения тактики лечения больных с флегмоной околоушно-жевательной области в послеоперационном периоде позволяет предупредить возможные осложнения в послеоперационном периоде, таких как развитие острого тканевого гипертензионного синдрома и релаксации жевательной мышцы, образование деформирующего рубца, и корректировать тактику ведения больных после заживления послеоперационной раны за счет количественной оценки целесообразности выполнения декомпрессивной фасциотомии фасциального футляра жевательной мышцы, электростимуляции жевательной мышцы или противорубцовой терапии.

С целью определения динамики контаминации микроорганизмами раны и окружающих ее мягких тканей после вскрытия флегмоны и антибиотикотерапии брали соскоб с раневой поверхности (на 1,2,3,4,5,6,7 и 8 сутки). Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методиками. Для измерения тканевого давления (ТД) использовали монитор фирмы “Stryker”. Критерием завершенности первого этапа лечения и показанием к закрытию раневой поверхности было снижение микробной обсемененности раны до10^5 микробных тел на 1г ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса. Так, во второй этап оперативного вмешательства у больных контрольной группы выполняли на 7-8 сутки, и он заключался в наложении ранних вторичных швов – у 16 больных, поздних вторичных швов – у 12 больных и лейкопластырного натяжения у 4 больных. В этой группе больных первично-отсроченные швы не накладывали. В основной группе операции выполняли на 5-6 сутки у 65,9 % и на 7-8 сутки у 34,1% больных. Закрытие раны производили по следующим методикам: первично отсроченные швы – 29 больных, ранние вторичные швы – 4 больных, поздние вторичные швы – 3 больных и лейкопластырное натяжение – 3 больных.

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием программы “Biostat”SPSS 17.0 и “Epilnfo” и пакета программ “Microsoft Office”. Различия между сравниваемыми средними зна-

чениями оценивались с использованием величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента $p< 0,05$ и по критерию Фишера $p<0,05$.

Результаты исследования. Клинический анализ историй болезни пациентов с ранними сроками заболевания показал, что если вскрытие патологического очага не осуществлено до 3-5 суток, то у больных обычно наблюдается симптоматика развития острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС). Наблюдаются увеличение интенсивности болевого синдрома, затруднения движений нижней челюсти, иррадиация болей в височно-нижнечелюстной сустав, резкий отек тканей, локальная болезненность в области заинтересованного фасциального ложа. Установлено, что величина ТД была на 50-60% выше физиологической нормы. В основной клинической группе ОТГС по разработанной нами методике был диагностирован у 28 из 36 больных (86,4%). При этом консервативная терапия ОТГС у 26 из 36 больных (68,4%) оказалась неэффективной. В процессе лечения следили за динамикой ТД. У 29 из 36 больных (73,1%) ТД нормализовалось через 6-8 часов после фасциотомии. У 7 больных (26,9%) наблюдалась тканевая гипертензия, которая постепенно (через 12-24 часа) была устранена до нормальных цифр ТД. По нашим данным, запоздалая диагностика ОТГС в виду поздней обращаемости больных в стационар ведет к увеличению фасциотомий и неэффективности консервативной терапии. Отметим, что выполненная фасциотомия не ухудшила результатов лечения. Напротив, выжидательная тактика и консервативная терапия при высоких цифрах ТД (более 30 мм рт.ст.) у больных контрольной группы.

Установленно, что в момент вскрытия флегмоны уровень микробной обсемененности раны у больных обеих групп был высоким, и колебался от 10^7до10^9микробных тел на 1 г ткани. После проведенной антибиотикотерапии (ципрофлоксацин, метронидазол, цефатоксим), а у больных основной группы – дополнительной ультразвуковой обработки гнойной раны и озонотерапии, этот показатель прогрессивно снижался. Так, у больных основной группы показатель микробной обсемененности тканей оказался ниже критического уровня (10^5микробных тел на 1г ткани) на 5-6 сутки, а у больных основной группы – на 7-8 сутки. При этом этап операции, направленный на закрытие раны, у больных основной группы проводили на фоне полного отсутствия отека тканей лицевого отдела головы и нормального градиента ТД.

Ведение больных в послеоперационном периоде осуществляют следующим образом. Оценивают предшествующее лечение и его эффективность, определяют возрастную группу пациента, устанавливают индекс микробной контаминациираны (сроки ее очищения), величину амплитуды биопотенциалов действия жевательной мышцы, уровень тканевого давления, уровень активности N-ацетилтрансферазы в крови.

По таблице определяют балльную оценку определения тактики ведения больного с флегмоной околоушно-жевательной области в послеоперационном периоде (таблица 1).

Таблица 1

Критерии	Бальная оценка критериев				
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Возрастная группа	Показатель отсутствует	Моложе 30 лет	От 30 до 40 лет	От 41 до 50 лет	Старше 50 лет
Величина амплитуды биопотенциалов действия жевательной мышцы на стороне операции	Более 300 мкв	От 300 до 250 мкв	От 249 до 200 мкв	От 199 до 100 мкв	Менее 100 мкв
Уровень тканевого давления	Менее 10 мм рт.ст.	От 10 до 15 мм рт.ст.	От 16 до 20 мм рт.ст.	От 21 до 30 мм рт.ст.	Свыше 30 мм рт.ст.
Уровень активности N-ацетил-транс-феразы крови	Более 40%	От 40 до 30%	От 29 до 20%	От 19 до 10%	Менее 10%
Длительность очищения гнойной раны (по уровню микробной контаминации 10^5 на 1 г ткани	Показатель отсутствует	На 4 день	На 5 день	На 6 день	Более 6 дней

Если балльный индекс от 5 до 10 баллов показана декомпрессивная фасциотомия фасциального футляра жевательной мышцы на стороне операции, при его значении от 11 до 16 баллов показана электростимуляция жевательной мышцы на стороне операции, а при его значении от 17 баллов и более показана противорубцовая терапия.

Использование предложенного способа иллюстрируется следующими примерами.

Пример 1.

Больная А., 43 года, поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБ №20 г. Ростова-на-Дону 14.03.2014. Поставлен диагноз: флегмона левой околоушно-жевательной области. Выполнена операция по вскрытию и дренированию гнойного очага. Фармакотерапия и антибиотикотерапия по показаниям. Послеоперационная рана очистилась на 5 день (индекс микробной контаминации 10^5) (2 балла) и зажила первичным натяжением. Беспокоили боли в области жевательной мышцы слева. Возрастная группа от 41 до 50 лет (3 балла). Уровень тканевого давления в левой жевательной мышце составил 24 мм рт.ст. (3 балла), величина амплитуды биопотенциалов действия левой жевательной мышцы была 260 мкв (1 балл), уровень активности N-ацетилтрансферазы в крови составил 34% (1 балл). Таким образом, больная входила в группу риска по развитию острого тканевого гипертензионного синдрома левой жевательной мышцы.

Согласно разработанному способу проведена балльная оценка определения тактики лечения больной в послеоперационном периоде, балльный индекс составил: 2+3+3+1+1=10 баллов. На основании полученных данных показана декомпрессивная фасциотомия фасциального футляра левой жевательной мышцы, которая была выполнена через полости рта.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 12 сутки после операции на амбулаторное лечение. Тканевое давление в левой жевательной мышце составило 7 мм рт.ст., в правой жевательной мышце тканевое давление было 6 мм рт.ст. Рана зажила с образованием тонкого эластичного рубца. Через 3,6 и 12 месяцев после выписки при контрольных осмотрах данных за наличие осложнений в послеоперационном периоде не выявлено.

Пример 2.

Больной К., 32 года, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБ №20 г. Ростова-на-Дону 08.01.2015г. Поставлен диагноз: флегмона левой околоушно-жевательной области. Была выполнена операция по вскрытию и дренированию гнойного очага. Фармакотерапия и антибиотикотерапия по показаниям. Послеоперационная рана очистилась на 6 день и индекс микробной контаминации составил 10^5 (3 балла). Рана зажила первичным натяжением с образованием тонкого рубца. Беспокоили боли в области правой жевательной мышцы. Возрастная группа была от 30 до 40 лет (2 балла). Уровень тканевого давления в правой жевательной мышце составил 10 мм рт.ст. (1 балл), величина амплитуды биопотенциалов действия жевательной мышцы была 86 мкв (4 балла), уровень активности N-ацетилтрансферазы в крови составил 28% (2 балла). Таким образом больной входил в группу риска по развитию релаксации правой жевательной мышцы.

Согласно разработанному способу проведена балльная оценка определения тактики лечения больной в послеоперационном периоде, балльный индекс составил: 3+2+1+4+2=12 баллов. На основании полученных данных показана электростимуляция правой жевательной мышцы.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 13 сутки на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии, жалоб нет. Величина амплитуды биопотенциалов действия жевательной мышцы на стороне операции была 368 мкв, здоровой- 364 мкв. Через 3,6 и 12 месяцев после выписки, при контрольных осмотрах данных за патологию жевательной мышцы и окружающих ее тканей нет.

Пример 3.

Больной А., 54 года, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБ №20 г. Ростова-на-Дону 26.07.2014 г. Поставлен диагноз: флегмона левой околоушно-жевательной области. Выполнена операция по вскрытию и дренированию гнойного очага. Фармакотерапия и антибиотикотерапия по показаниям. Послеоперационная рана очистилась на 7 день и индекс микробной контаминации был 10^5 (3 балла). Рана зажила с образованием вялых грануля-

ций и соединительной ткани путем лейкопластырного натяжения ее краев. Беспокоили боли в области оперированной флегмоны области левой жевательной мышцы. Возрастная группа старше 50 лет (4 балла). Уровень тканевого давления составил 23 мм рт.ст. (3 балла), величина амплитуды биопотенциалов действия левой жевательной мышцы была 190 мкв (2 балла), уровень N-ацетилтрансферазы крови составил 6% (4 балла). Таким образом, больной входил в группу риска по образованию гипертрофических рубцов на месте операционной раны.

Согласно разработанному способу проведена балльная оценка определения тактики лечения больного в послеоперационном периоде, балльный индекс составил: 4+4+3+2+4=17 баллов.

На основании полученных данных больному была проведена противорубцовая терапия по схеме.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 12 сутки на амбулаторное лечение. Уровень активности N-ацетилтрансферазы крови составил 25%, тканевое давление в левой жевательной мышце было 10 мм рт.ст, амплитуда биопотенциалов действия левой жевательной мышцы была 286 мкв. Через 3,6 и 12 месяцев после выписки при контрольных осмотрах рана зажила первичным натяжением с образованием эластичного рубца 0,2 см шириной. Уровень активности N-ацетилтрансферазы крови составил 42%, амплитуда биопотенциалов действия левой жевательной мышцы составила 350 мкв, правой -354 мкв.

В отдаленные сроки после операции (от 6 мес до 1 года) все 86 больных находились под наблюдением. К хорошим результатам мы относили полное выздоровление. К удовлетворительным результатам – наличие упорного болевого синдрома (триггерных зон) в области лицевого отдела головы. К неудовлетворительным результатам относили нарушение функции жевательной мышцы и височно-нижнечелюстного сустава на стороне флегмоны, гипертрофические рубцы (таблица 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика результатов лечения больных с флегмоной околоушно-жевательной области

Тактика лечения (группы больных)	Результаты лечения		
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Контрольная	54,8%	33,3%	11,9%
основная	90,9%	6,8%	2,3%

Согласно данным в таблице 2, у больных основной группы было на 36,1% больше хороших результатов, чем в контрольной группе. Число удовлетворительных результатов у больных этой группы снизилось на 26,5%, а неудовлетворительных на 9,6%.

Заключение. Комплексный подход в лечении больных с флегмонами околоушно-жевательной области позволяет достичь хороших результатов в отдаленые сроки послеоперационного периода у 90,9% (в контроле 54,8%). Дифференцированный подход в лечении больных с флегмонами околоушно-жевательной области, учитывающий тяжесть течения патологического про-

цесса и индивидуальные особенности пациента, можно считать перспективным направлением в челюстно-лицевой хирургии.

Список литературы

1. Доржиев Т.Э. Оптимизация диагностики и лечения флегмон челюстно-лицевой области / Т.Э. Доржиев, В.Е. Хихтрихеев, В.П. Сачанов // бюллетень ВСНУ СО РАМН-2015., №2. С. 111-114.
2. Серпионов С.Ю. О тактике лечения больных с флегмонами околоушно-жевательной области / С.Ю. Серпионов, С.Ю. Максюков, В.К. Татьянченко // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – №4. – С. 85-88.
3. Татьянченко В.К. Способ лечения острого тканевого гипертензионного синдрома при флегмонах околоушно-жевательной области / В.К. Татьянченко, С.Ю. Серпионов, С.Ю. Максюков // Патент РФ №2554326-заявка №2014120834, опубл. 27.06.2015, бюллетень 18.
4. Татьянченко В.К., КрасенковЮ.В., Фирсов М.С., Богданов В.Л., Степанова Д.А. / Способ профилактики гипертрофических рубцов при лечении флегмон мышечных тканей// Патент на изобретение №2587972 Опубл. 27.06.2016 г. биллютень №18.
5. Шалабаев О.Д. Клиническая оценка степени тяжести общего состояния больных с одонтогенными флегмонами / О.Д. Шалабаев, К.З. Шалабаева, М.А. Ахмадова // Российский стоматологический журнал 2012. №5. – С. 41-42.

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ДАННЫХ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Стяжкина С.Н.
профессор кафедры факультетской хирургии, д-р мед. наук,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Булдаков А.А., Глухова М.М.
студенты педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Статья посвящена анализу статистических данных этиологических факторов и данных объективного осмотра при панкреатите.

Ключевые слова: панкреатит, хронический панкреатит, 1 РКБ, анализ этиологических факторов, лечение панкреатита.

Панкреатит – это воспаление поджелудочной железы. Болезнь может протекать в острой (быстро и бурно) или хронической (долго и вяло) форме, с периодами обострения хронического панкреатита [1].

Этиология панкреатита

Факторы, способствующие возникновению острого панкреатита:

- злоупотребление алкоголем, вредные пищевые привычки (жирная, острая пища);
- желчекаменная болезнь;
- инфицирование вирусом (свинка, вирус Коксаки) или бактериаль-

ное заражение (микоплазма, кампилобактерии);

- травмы поджелудочной железы;
- хирургические вмешательства по поводу других патологий поджелудочной железы и желчевыводящих путей;
- прием эстрогенов, кортикостероидов, тиазидных диуретиков, азатиоприна, других лекарственных средств с выраженным патологическим действием на поджелудочную железу (медикаментозный панкреатит);
- врожденные аномалии развития железы, генетическая предрасположенность, муковисцидоз;
- воспалительные заболевании органов пищеварения (холецистит, гепатит, гастродуоденит) [2].

Были исследованы 40 историй болезней хирургического отделения 1 РКБ г. Ижевска и в анамнезе были выявлены следующие этиологические причины панкреатита. Среди исследованных 64% имели в анамнезе желчекаменную болезнь, 48% употребляли алкоголь, 78% не соблюдали диеты, 18% имели в анамнезе травмы поджелудочной железы, 2% имели врожденные аномалии поджелудочной железы.

Средний возраст пациентов, имевших в анамнезе заболевание желчнокаменной болезнью – 56 лет, средний возраст пациентов, употреблявших алкоголь – 38 лет.

Клинические проявления панкреатита

Основные симптомы обострения хронического панкреатита: более или менее выраженные (иногда интенсивные) приступы болей, локализующиеся наиболее часто в левом подреберье и/или в эпигастральной области, связанные или нет с приемом пищи, нередко возникающие после еды; различные диспепсические расстройства, включая метеоризм, появление мальабсорбции с возникновением стеатореи и с последующим уменьшением массы тела [3].

Жалобы на боли в эпигастральной области предъявляли 94% пациентов, 82% из предъявляющих жалобы на боли связывали их с приемом пищи (чаще боли появлялись после приема жирный или острой пищи, употребления алкоголя), на метеоризм предъявляли жалобы 18% пациентов, на понижение массы тела предъявили жалобы 32% исследованных.

Среди обследованных больных при пальпации живота болезненность в эпигастральной области была обнаружена у 100% пациентов, симптом Мейо-Робсона был положителен у 94% обследованных, у 72% был положителен симптом Воскресенского.

Лечение хронического панкреатита может быть как консервативным, так и хирургическим.

Вывод. В анамнезе исследованных пациентов были выявлены следующие этиологические факторы панкреатита. Среди исследованных 64% имели в анамнезе желчнокаменную болезнь, 48% употребляли алкоголь, 78% не соблюдали диеты, 18% имели в анамнезе травмы поджелудочной железы, 2% имели врожденные аномалии поджелудочной железы.

Средний возраст пациентов, имевших в анамнезе заболевание желчнока-

менной болезнью – 56 лет, средний возраст пациентов, употреблявших алкоголь – 38 лет. 68% обследованных нуждались в оперативном вмешательстве.

Среди обследованных больных при пальпации живота болезненность в эпигастральной области была обнаружена у 100% пациентов, симптом Мейо-Робсона был положителен у 94% обследованных, у 72% был положителен симптом Воскресенского.

Список литературы

1. Багненко С.Ф. Хирургическая панкреатология / Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Синенченко Г.И. – СПб.: Речь, 2009. – 608 с.
2. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 768 с.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1995. – 521 с.

КАРДИОСПАЗМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Стяжкина С.Н.
профессор кафедры факультетской хирургии и урологии, д-р мед. наук,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Николаева Д.С., Лопарева Э.Е., Бабич Е.В.
студентки педиатрического факультета 406 группы,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

В статье описано определение заболевания, этиология, клиника кардиоспазма, принципы диагностики и лечения, приводится клинический пример.

Ключевые слова: медицина, хирургия, кардиоспазм, ахалазия кардии, дисфагия, регургитация, рентгенограммы, кардиопластика с диафрагмальным лоскутом.

Кардиоспазм (ахалазия кардии, мегаэзофагус, френоспазм) – спазм кардиального отдела пищевода, сопровождающийся частичной непроходимостью и расширением вышележащих его отделов. Данное заболевание составляет около 6% всех функциональных болезней пищевода [1]. Впервые это заболевание было описано в 1679 году. Кардиоспазм может возникнуть в любом возрасте, но наиболее частая обращаемость падает на период жизни от 20 до 40 лет. Заболевание одинаково распространено среди мужчин и женщин [5, с. 307].

Кардиоспазм может быть вызван психологическими факторами, среди которых: стресс, депрессия, апатия, шоковые состояния.

Также причинами могут стать внутренние и внешние факторы: язва пищевода; травмы органа, усложненные нарушением глотательной функции; опухоли; курение; пары вредных химических и токсичных веществ (свинец, мышьяк); алкоголь; стенозы, вызванные тифом, сифилисом, туберкулезом, скарлатиной; различные поддиафрагмальные процессы внутренних органов;

аневризма аорты, плеврит, медиастинит и другие наддиафрагмальные процессы; склероз пищевода со спайками.

Кроме того, это заболевание могут вызвать и другие причины, например, инфекционные заболевания, такие как дифтерия, корь, скарлатина, грипп, полиомиелит, менингоэнцефалит и др.

Изменения пищевода могут быть и врожденными. Возникают они на стадии эмбриона. Как следствие – истончение стенок и склероз органа.

В настоящее время большинство исследователей считают, что в развитии кардиоспазма и расширении пищевода лежит нарушение двигательной координации пищевода, выражающейся в недостаточном расслаблении нижнего сегмента пищевода и неэффективной перистальтике в расширенном отделе пищевода. Согласно этой теории, такое состояние связано с аномалиями развития нервной вегетативной системы [2].

Клиника и диагностика.

Для клинической картины кардиоспазма характерна триада симптомов – дисфагия, регургитация (срыгивание) и боли за грудиной [5, с. 309].

Основным и обычно первым признаком болезни становится дисфагия. У 1/3 больных она появляется внезапно среди полного здоровья, а у 2/3 больных развивается постепенно. Острое начало дисфагии обычно связывают с длительными переживаниями или внезапным стрессом. Важным отличием ранней дисфагии при кардиоспазме от рака является чередование коротких периодов стенозирования и нормальной проходимости пищи. Иногда наблюдается парадоксальная дисфагия – симптом Лихтенштейна.

Другим показательным симптомом является регургитация. Она может появляться эпизодически во время еды вместе с дисфагией или сразу после еды, а иногда и спустя 2-3 часа в виде срыгивания полным ртом. Срыгивание мелкими порциями характерно для 1-2 ст и объясняется в основном спастическими сокращениями стенок пищевода, а обильные срыгивания полным ртом (пищеводная рвота) – для 3-4 ст. вследствие переполнения пищевода до аортального сегмента.

Третий по частоте симптом – боли, они появляются за грудиной при глотании (одинофагия) или вне приема пищи (эзофагодиния). Одинофагия при 1-2 ст. связана со спазмами, а при 3-4 – с эзофагитом. Наиболее сильные боли (эзофагодинические кризы) наблюдаются вне еды при волнении, физических нагрузках, что объясняют третичными сокращениями пищевода. Боли исчезают после срыгивания или прохождения пищи в желудок, т.е. связаны с растяжением стенок пищевода.

Кроме триады основных симптомов у больных могут быть вторичные симптомы: аэрофагия – заглатывание воздуха вследствие повторных глотательных движений с целью создания повышенного давления в пищеводе; гидрофагия – запивание водой после приема малых порций пищи для улучшения прохождения ее по пищеводу. Одновременно может вырабатываться характерное поведение во время еды: некоторые сдавливают грудную клетку или шею руками, или, наоборот, расправляют грудь, едят стоя [5, с. 309].

Диагноз кардиоспазма основывается на данных анамнеза, клиники и детального рентгенологического исследования, эзофагоскопии с биопсией.

Рентгенологическое исследование состоит из 3 последовательных этапов: обзорного, контрастного и функционального.

На первом этапе можно заподозрить изменения, характерные для 3-4 ст. кардиоспазма: равномерное или неравномерное расширение тени средостения со смещением трахеи вперед, иногда виден уровень жидкости в верхнем средостении в области дуги аорты. Характерно отсутствие газового пузыря желудка, что почти не встречается при других заболеваниях.

При 1 ст. кардиоспазма выявляется временный спазм кардии. Продолжительность его различна – от 1/2 мин до 2-3 мин, а частота зависит от нервно-психического состояния больного в момент исследования. Газовый пузырь желудка не изменен. Кардиоспазм первой степени выявляют с помощью ацетилхолиновой, карбохолиновой или амилонитритной пробы. Этот тест указывает на характерную повышенную склонность пищевода к спазмам, что не наблюдается при раке.

На 2 ст. кардиоспазма (рисунок 1) определяются стойкий спазм кардии с незначительным расширением пищевода, «танцем контрастного глотка» и выраженные нарушения моторики. Тонус пищевода обычно сохранен, а перистальтика сначала усилена, а потом ослаблена. Наблюдаются антиперистальтические сокращения пищевода, сопровождающиеся болями за грудиной. Раскрытие кардиального сфинктера чаще всего становится возможным только под повышенным гидростатическим давлением жидкости и пищи. Газовый пузырь желудка при этом часто отсутствует, иногда наблюдается уровень жидкости в пищеводе. Для выявления проходимости кардии у лиц со 2-3 ст. используют своеобразные пробы: пробу Кона (дополнительный прием 200-500 мл жидкости), пробу Херста (тугое контрастное заполнение до уровня дуги аорты), прием шипучей смеси контраста с питьевой содой и лимонной кислотой.

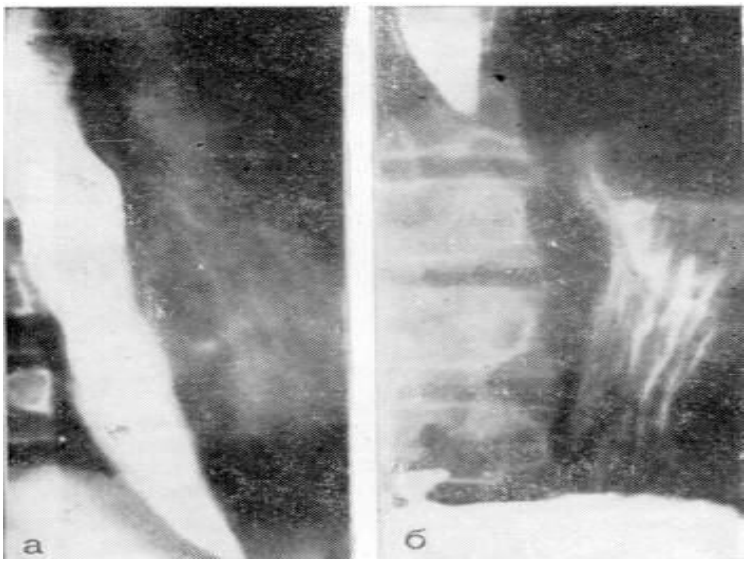

Рис. 1. Рентгенограмма. Ахалазия кардии 2 стадии:
А – незначительное расширение пищевода; Б – стабильный спазм кардии

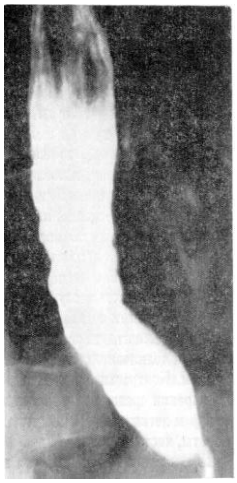

Рис. 2. Рентгенограмма. Ахалазия кардии 3 стадии

На 3-4 ст. (рис. 2 и 3) кардиоспазма дистальные сегменты пищевода длительно сужены и вместе с постоянно расширенным проксимальным отделом создают характерную рентгенологическую картину (симптом «заточенного карандаша», «поломанного грифеля», «мышиного хвоста», «клюва голубя»). Пищевод веретенообразно или цилиндрически расширен, но постепенно приобретает мешковидную форму, удлиняется и искривляется (сигмообразный пищевод). Тонус и перистальтика снижены или полностью отсутствуют, что создает картину «сонливости пищевода». Скопление в пищеводе жидкости, слизи и пищи приводит к перестройке рельефа слизистой оболочки и картине шагреневого рельефа, что свидетельствует о развитии эзофагита. Периэзофагит приводит к деформации стенок и развитию дивертикулообразных выпячиваний. На полную декомпенсацию АК указывает значительное увеличение диаметра пищевода до 15-18 см, обилие в нем жидкости натощак (до 3-5 л.), резкая задержка эвакуации бария, более 24-48 часов после исследования.

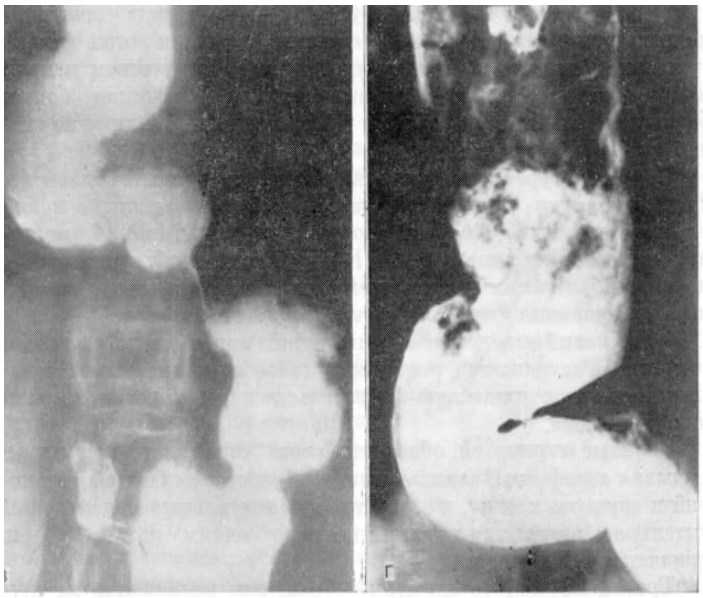

Рис. 3. Рентгенограмма. Ахалазия кардии 4 стадии:
В – S-образная деформация пищевода, г – эзофагит

У 3-8% больных кардиоспазмом развивается рак. При эзофагоскопии всегда следует стремиться пройти аппаратом через кардию, что обычно удается при ахалазии и не удается при раке кардии (феномен Мельцера) [3].

Лечение. Основным методом лечения является консервативная терапия, включающая комплекс лечебных мероприятий, оказывающих регулирующее влияние на деятельность центральной и вегетативной нервной системы, кардиодилатацию пневматическим кардиодилататором. Дилатация металлическим расширителем Штарка весьма опасна и в настоящее время практически не применяется. При соответствующей подготовке больного и тщательном выполнении процедуры кардиодилатации опасность осложнений не велика. Однако в некоторых случаях может произойти разрыв пищевода, что является показанием к экстренному хирургическому вмешательству.

Из оперативных способов лечения наибольшее распространение получили: внеслизистая кардиомиотомия (операция Геллера), при которой производится разрез мышечной оболочки суженного сегмента пищевода по передней стенке без рассечения слизистой, эзофагокардиопластика диафрагмальным лоскутом (Б.В.Петровкий), закрывающим дефект в мышечном слое и другие способы [5].

Клинический пример: Больная Р., 38 лет. Поступила в стационар с жалобами на задержку в пищеводе пищи, которую запивала водой. Также беспокоили резкие боли, начинающиеся в эпигастрии и распространяющиеся вверх за грудину. Кроме того, предъявляла жалобы на срыгивание пищи во время еды и ночью во время сна. Просыпалась на мокрой подушке от резкого кашля и захлебывания. Задержка пищи стала длительной, принимала большое количество воды, чтобы «протолкнуть» еду. Похудела на 7 кг. Начало заболевания связывает с трудностями в семейной жизни и напряженной нервной обстановкой на работе. Вечерами температура 37,3-37,4°.

Объективно: Состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, патологических шумов нет. ЧДД-18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80. ЧСС-75 в минуту. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка, почки не пальпируются. Аускультативно кишечная перистальтика активная. Газы отходят. Симптомы Ортнера, Лепене, Василенко отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без изменений.

При росте 160 см вес составляет 45 кг; питание значительно понижено.

Анализ мочи без изменений.

Анализ крови: Hb =75 г/л; WBC = 7,8*10^9/л; EOS= 7%; П/Я=4%; С/я=45%; LYM=42%; MON=2%; СОЭ=12 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: со стороны сердца и легких отклонений от нормы нет. Натощак в пищеводе большое количество жидкости с верхним горизонтальным уровнем. Пищевод значительно расширен, на его контурах – вялая перистальтика. Бариевая взвесь длительно задерживается

над суженным кардиальным отделом. После приема стакана воды кардия частично открывается и тонкой струей барий переходит в желудок.

На основании данных анамнеза, объективного обследования и инструментальной диагностики выставляется диагноз: кардиоспазм III стадии.

План ведения: госпитализация в х/о, кардиопластика диафрагмальным лоскутом, наблюдение в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. http://ilive.com.ua/health/kardiospazm_107925i15938.html
2. https://netuyazvi.ru/axalaziya/kardiospazm.html (Ольга Васильева для astromeridian.ru)
3. http://www.studfiles.ru/preview/5810694/page:5/
4. http://www.medical-enc.ru/10/kardiospazm.shtml
5. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М.: Специальная литература, 1998. I том.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЛИНЕЙНОГО (NLS)-АНАЛИЗА В СИСТЕМНОЙ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ

Терегулова З.С.
зав. кафедрой гигиены труда и профболезней, д.м.н., профессор,
Башкирский государственный медицинский университет,
руководитель центра «Эндоэкологическая медицина»,
Россия, г. Уфа

Терегулов Б.Ф.
к.м.н., зам. директора, АНО ДПО «Институт профессионального образования»,
ассистент кафедры гигиены труда и профболезней, Башкирский государственный медицинский университет, Россия, г. Уфа

В статье представлены возможности нового неинвазивного метода экспресс-диагностики состояния здоровья с использованием нелинейного системного NLS-анализа с возможностью получения информации на организменном, системно-органном и клеточном уровнях. Метод позволяет проводить адресное оздоровление организма с учетом топики нарушений и селективную детоксикацию от токсинов, инфекций с использованием немедикаментозных методов.

Ключевые слова: NLS-анализ, «Метатрон», неизвазивная диагностика.

Сегодня врач все чаще встречается с состояниями и нарушениями здоровья, не укладывающимися в определенную нозологию. В условиях техногенного загрязнения окружающей среды (физическими, химическими, биологическими факторами), нарушения структуры и качества питания, неконтролируемого применения химически синтезированных лекарственных препаратов, хронического психосоциального стресса человеческий организм не успевает адаптироваться к этим нагрузкам.

Навязанные высокие неестественные нагрузки обуславливает повреждения, прежде всего, в иммунно-нейроэндокринной, репродуктивной системах, психоэмоциональной сфере [1, 5].

Возникли новые болезни и синдромы (метаболический синдром, синдром хронической усталости, микроэлементозы, лимфоденопатии, фибромиалгии и болезни накопления и т.п.). И тут уместен афоризм «Новые болезни старыми методами диагностировать становится всё труднее», в связи с тем, что поломки в организме идут на более тонком – полевом уровне [2, 3, 7].

Как свидетельствуют многочисленные исследования, возникает дисфункция межклеточной коммуникации, нарушается клеточное питание из-за экологической перегрузки околоклеточного пространства (внеклеточного матрикса), что является фоном для хронизации заболевания на фоне латентного тканевого ацидоза и хронического воспаления [1, 7, 8].

Современная медицина в основном занимается лечением больных и зачастую сложных инкурабельных пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медицине, которая очень затратна. Создавшаяся ситуация требует новые парадигмы и пересмотр устоявшихся канонов в медицине. Как бы ответом на эти вызовы в последние десятилетия явилось бурное развитие новых медицинских технологий, возникших на стыке биологии, физики и медицины. Они получили название информационная (энергоинформационная, вибрационная) медицина, которая начинает активно внедряться в практическую медицину. Как говорил Френсис Бэкон (1629) «Разумеется, всякая медицина есть нововведение: тот, кто не применяет новых средств, должен быть готов к новым бедам; ибо величайшим новатором является само время...». Информационная медицина рассматривает организм человека как сложную биологическую систему, представляющую собой источник слабых электромагнитных колебаний широкого диапазона частот от нижних до крайне- и сверхвысоких. Электромагнитные сигналы в организме человека являются одной из первостепенных составляющих гомеостаза и выполняют энергоинформационные, коммуникационные и регулирующие функции на всех уровнях его организации – субклеточном, клеточном, тканевом, органном и системном [3, 6, 7, 8].

По выражению Х.Хайне (2008), при раздробленности медицины на узкоспециализированные области чтоб поставить правильный диагноз, нужны подходы, ориентированные на технику и мышление.

Важной вехой в реализации новых технологий в медицине явилась нелинейная диагностика (NLS), основанная на энтропийной логике. АПК «Метатрон» (производитель – Институт прикладной психофизики, Россия) на основе NLS-анализа позволяет диагностировать не только на системном и органном, но и на клеточном и субклеточном уровнях, выявляя самые ранние биофизические нарушения в т.ч. предопухолевые состояния. Развитие новой технологии позволяет регистрировать доселе «невидимые процессы», выявлять нарушения как на физическом, так и на психосоматическом уровне [3, 5]. NLS-анализ позволяет в любом органе определять токсическую нагрузку, вирусно-бактериально-грибковую отягощенность и состояние околоклеточного пространства. При NLS-диагностике имеется возможность устанавливать факторы, блокирующие регуляторные процессы в организме:

- тяжелые металлы – антагонисты важных микроэлементов;

- дисбактериоз кишечника;
- дефицит микро- и макроэлементов, являющихся катализаторами многих метаболических процессов;
- дефицит полиненасыщенных жирных кислот – важных компонентов клеточных мембран (омега 3, омега 6);
- больные зубы, блокирующие иммунную систему и соответствующий меридиан органов;
- накопление ксенобиотиков – метаболиты лекарственных средств, консерванты, экологические токсины и т.п.

При необходимости по результатам NLS-анализа имеется возможность определять зрелость процесса, включая программы спектрально энтропийного анализа, подобрать индивидуальное конституциональное питание, гомеопатические и аллопатические препараты, фитосредства, нутрицевтики, проводить биорезонансную терапию, литотерапию.

Наш опыт применения метода NLS-анализа с помощью АПК «Метатрон» (версий 4017 и 4025) в течение 12 лет позволяет констатировать, что неинвазивный метод сканирования с получением визуальных изображений при NLS-анализе является информативным методом, отличающимся высокой точностью и объективностью с возможностью целостной оценки здоровья пациентов. Анализ работы нашего центра свидетельствует, что у 62-83% обследованных пациентов имеются многокомпонентные токсические нагрузки, у 54-63% – инфекционное-паразитарные отягощения. Особо следует отметить обнаружение остеопороза у лиц молодого возраста (29-32%), пищевой непереносимости у 35% обследованных, в т.ч. целиакии, которые не были диагностированы при стандартном обследовании [4, 5].

Таким образом, инновационный неинвазивный метод нелинейной системной NLS-диагностики отличается высокой точностью и объективностью, возможностью получения объемного изображения органа, определения зрелости патологического процесса при отсутствии лучевой нагрузки на организм пациента.

Список литературы

1. Гриценко Е.Г., Гриценко А.Г. Методика согласования энергоинформационных уровней организма // Тезисы и доклады XVIII Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной терапии» часть 2. – М.: ИМЕДИС, 2011. С. 128-132.

2. Некрасов В.А. Левые и правые типы людей. Описание открытия «Явление разделения людей (и других организмов) на левых и правых по морфологическим признакам». – М.; Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2015. 88 с.

3. Нестерова В.И., Шапошников Л.В., Янкина Л.А., Кожемякин О.Р. «Опыт применения трехмерной NLS-диагностики в онкологии. Новые направления и перспективы развития» // Сборник научных трудов Института прикладной психофизики «NLS-технологии в медицине – перспективы развития». М.: Каталог, 2010. Том III. С. 9-12.

4. Терегулова З.С., Терегулов Б.Ф. О возможностях использования вегетативного резонансного теста и биорезонансной терапии при диагностике и коррекции глютеновой энтеропатии // Тезисы и доклады XVIII Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной терапии» часть 1. – М.: ИМЕДИС, 2012. С. 96-98.

5. Терегулов Б.Ф. Возможности применения методов традиционной медицины в реабилитации репродуктивного здоровья супружеских пар // Тезисы и доклады XVIII Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной терапии» – М.: ИМЕДИС, 2012. Ч. 2. С. 106-108.

6. Тихонова И.С. Использование вегетативного резонансного теста и биорезонансной терапии для понимания модели традиционной китайской медицины // Тезисы и доклады XVIII Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной терапии». – М.: ИМЕДИС, 2012. Ч. 2. С. 309-317.

7. Шрайбман М.М. Диагностика и терапия предболезни // Тезисы и доклады XVIII Международной конференции «Теортеические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной терапии». – М.: ИМЕДИМ, 2012. Ч. 2. С. 309-317.

8. Хайне Х. Учебник биологической медицины / Пер.с нем. М.: Арнебия, 2008. 244 с.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИТОФЛАВИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Тюкина Т.А.
врач-дерматовенеролог, ГБУЗ РМ «МРКВД», Россия, г. Саранск

Дикова О.В.
зав. курсом кожных и венерических болезней, д-р мед. наук, профессор,
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
Россия, г. Саранск

Шаповалова В.О.
интерн курса кожных и венерических болезней,
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
Россия, г. Саранск

В статье показано, что комплексная терапия с введенным в ее состав цитофлавином способствует улучшению качества жизни и психоэмоционального состояния больных псориазом (возрастают показатели теста САН: Самочувствие. Активность. Настроение).

Ключевые слова: псориаз, качество жизни, психоэмоциональный статус, цитофлавин.

Псориаз приводит к снижению качества жизни пациентов, поэтому проблема эффективной и рациональной терапии больных дерматозом остается одной из наиболее актуальных в современной дерматологии [2, с. 48; 6, с. 63].

Цель исследования: оценка влияния комплексной терапии с применением цитофлавина на качество жизни и психоэмоциональное состояние больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 70 пациентов (14 мужчин (20%) и 56 женщин (80%)) в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст – 38,92±1,5 лет) в стадии прогрессирования патологического кожного процесса. В зависимости от вида проводимой терапии все испытуемые были разделены на две группы. Стандартную терапию (СТ) [4]

получали 35 больных (1-я группа). Пациентам 2-й группы (35 человек) в состав базовой терапии дополнительно был введен цитофлавин по 2 таблетки 2 раза в сутки [5, с. 1002]. Больные исследуемых групп были сопоставимы по полу, возрасту, давности патологического кожного процесса, наличию сопутствующей патологии.

ДИКЖ (Дерматологический Индекс Качества Жизни) применяется для оценки степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента, характеризующие качество его жизни в целом, изменяется в пределах от 0 до 30 [1, с. 65].

Тест «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) оценивает психическое состояние больных и здоровых лиц, психоэмоциональную реакцию на нагрузку, позволяет выявить индивидуальные особенности и биологические ритмы психофизиологических функций [3, с. 48].

Результаты и обсуждение. Исходные значения показателя ДИКЖ у больных I и II групп были равны соответственно 16,94±0,61 и 15,8±0,93 баллов. СТ привела к достоверному снижению показателя на 50,06% до 8,46±0,57 баллов ($p<0,001$), с применением цитофлавина – на 61,65% до 6,06±0,76 баллов ($p<0,001$), что ниже аналогичного показателя I группы на 28,37% ($p<0,05$).

Исходное среднее значение показателя **Самочувствия** у больных I группы было равно 3,04±0,13 балла. Базовая терапия способствовала его увеличению на 22,69% ($p<0,001$), составив на период окончания терапии 3,73±0,13 балла. Для больных II группы исходные числовые значения состояния критерия Самочувствия были равны 3,55±0,19 балла. Стандартная терапия с применением цитофлавина привела к увеличению данного индекса на 27,89% ($p<0,001$), составив на период окончания терапии 4,54±0,13 балла, что выше аналогичного показателя I группы на 21,72% ($p<0,001$).

На период начала стационарного лечения среднее значение показателя **Активности** в группе больных, получавших базовую терапию, было равно 3,44±0,14 балла, увеличилось в процессе терапии на 19,77% ($p<0,001$) до 4,12±0,14 баллов. Исходное числовое значение индекса Активностиу больных II исследуемой группы составляло 4,01±0,17 балла с последующим ростом показателя на 22,19% до 4,9±0,13 баллов ($p<0,001$), что выше аналогичного показателя I группы на 18,93% ($p<0,001$).

Показатель, характеризующий **Настроение**, исходно у больных I группы был равен 4,12±0,14 балла. СТ способствовала увеличению индекса на 10,68% ($p<0,05$), составив на период окончания терапии 4,56±0,16 балла.У больных II группы до лечения числовое значение показателя Настроения было равно 4,01±0,22 балла. Цитофлавин в составе базовой терапии способствовал росту индекса на 23,69% ($p<0,001$), составив на период окончания терапии 4,96±0,14 балла, что выше аналогичного показателя I группы на 8,77% ($p <0,05$).

Выводы

Базовая терапия с применением цитофлавина позволила улучшить качество жизнии психоэмоциональное состояние больных псориазом.

Список литературы

1. Дикова О.В. Клинико-патогенетическое обоснование средств метаболической коррекции в комплексном лечении псориаза, атопического дерматита, экземы: дисс. … докт. мед. наук. Саранск, 2011. 317 с.
2. Знаменская Л.Ф., Свищенко С.И. Первый клинический опыт применения препарата устекинумаб (Стелара) в терапии больных псориазом в России // Вестник дерматологии и венерологии. 2012. № 2. С. 48-52.
3. Ласеев Д.И. Сравнительная оценка эффективности комплексного лечения экземы с применением цитофлавина и пикамилона: дисс. … канд. мед.наук. Саранск, 2012. 171 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 декабря 2007 г. № 780 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с псориазом".
5. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России: Справочник». М.: Видаль Рус. 2015. 1480.
6. Штода Ю.М., Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л., Утц С.Р., Платонова А.Н. Об эндотелиальной дисфункции и ее терапевтической коррекции у больных псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. 2015. № 1. С. 63-66.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Фирсов М.С.
ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Татьянченко В.К.
заведующий кафедрой оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, доктор медицинских наук, профессор, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Богданов В.Л.
ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Сухая Ю.В.
доцент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

В статье проведено обоснование дифференцированной тактики хирургического лечения флегмон ягодичной области с учетом оценки стадии развития острого тканевого гипертензионного синдрома. Применение новых технологий, заявленных патентами РФ на новое изобретения, позволило достичь у 92,4% больных хороших результатов в отдаленные сроки послеоперационного периода.

Ключевые слова: флегмона, ягодичная область, острый тканевой гипертензионный синдром.

Несмотря на значительный прогресс в развитии гнойной хирургии, лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей конечностей из-за широкой распространенности процесса по фасциально-клетчаточным пространствам, длительной потери трудоспособности и часто развития неблагоприятных осложнений в послеоперационном периоде, продолжает оставаться сложной и актуальной проблемой [3].

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует, что трудности лечения гнойных заболеваний мягких тканей конечностей и, в частности, ягодичной области в современных условиях обусловлены несколькими причинами. К ним относятся и поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, изменения характера патогенной микрофлоры с нарастающей устойчивостью ее к применяемым антибиотикам, необоснованно длительное консервативное лечение, неправильное или недостаточно радикальное первичное хирургическое вмешательство [1, 2].

Кроме того, по данным авторов последних исследований, около 20-40% указанного контингента пострадавших имеют осложненные формы течения флегмон мягких тканей в виде развившегося острого тканевого гипертензионного синдрома [4, 6].

Однако, данных литературы, касающихся обоснования дифференцированной тактики хирургического лечения флегмон ягодичной области с учетом стадии развития этого синдрома у лиц разных возрастных групп, мы не обнаружили. До сих пор в хирургической практике ранняя диагностика внутритканевого гипертензивного синдрома основывается на субъективных, малоинформативных клинических данных.

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с флегмонами ягодичной области путем своевременной диагностики стадии развития острого внутритканевого гипертензионного синдрома лиц разных возрастных групп.

Материал и методы исследования. В основу клинического раздела работы положены результаты обследования и хирургического лечения 76 больных с флегмонами ягодичной области (39 больных вошли в основную группу и 37 в группу сравнения).

Из 76 больных лиц мужского пола – 29 (38,2%) и женского пола 47 (61,8).

Обращает на себя внимание тот факт, что у 54 больных (71,1%) процесс локализовался в верхнем отделе ягодичной области, а у 22 больных (28,9%) в области всей ягодичной мышцы, что было подтверждено данными жидкокристаллической термографии и УЗИ.

Госпитализированные больные подвергались многочисленному клинико-лабораторному обследованию. Из биохимических данных наиболее информативными и достоверными оказались показатели общего белка крови, белковых фракций, С-реактивного белка. Иммунологические показатели анализировались по Т- и В-системам иммунитета в сравнении со здоровыми лицами. Все перечисленные показатели повторялись в динамике на 3-4, 7-8 и

10-12 дни лечения. Полученные результаты служили основанием для объективной оценки эффективности лечения больных в обеих группах.

Хирургическое вмешательство у всех 76 больных было выполнено под общим обезболиванием – эндотрахеальный закисно-кислородный наркоз, потенциированный препаратами нейролептоанальгезии (дроперидолом и фентанилом, доза которых была общепринятой в расчете на 1 кг массы тела). Операции выполнялись с применением адекватных разрезов. Своевременная диагностика острого гипертензионного синдрома у больных первой клинической группы выполнена по оригинальной методике (Федеральный патент на изобретение №2581821) [4]. Она позволила выполнить у этих больных чрезкожную фасциотомию футляра заинтересованной мышцы.

Больным 1-й группы производили ультразвуковую обработку раны в 0,05% растворе водного хлоргексидина. Во 2-й группе больных гнойная полость обрабатывалась растворами антисептиков (3% перекись водорода и 0,05% раствор водного хлоргексидина).

Для выявления роли микробного фактора в патогенезе глубоких межмышечных флегмон ягодичной области, определения сроков очищения патологического очага, производили посевы содержимого гнойной полости. Критерием завершения первого этапа лечения флегмон данной локализации и показанием для наложения первично-отсроченных швов было снижение микробной обсемененности раны до 10^5 микробных тел в 1 г ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса.

В послеоперационном периоде во всех группах назначалось комплексное медикаментозное лечение, включающее в себя назначение анальгетиков, антибиотиков (по показаниям), общеукрепляющих препаратов. При необходимости местное лечение дополнялось физиопроцедурами (УВЧ, ДДТ). Перевязки производились ежедневно с учетом фаз раневого процесса. Больным 1-ой группы во время перевязки выполняли исследование по определению наклонности к избыточному рубцеванию по оригинальной методике (Федеральный патент на изобретение № 25877972)[5]. На основании полученных результатов и в зависимости от фазы раневого процесса проводили консервативную терапию.

Результаты исследования. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием программы “Biostat” SPSS 17.0 и “Epilnfo” и пакета программ “Microsoft Office”. Различия между сравниваемыми средними значениями оценивались с использованием величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента $p< 0,05$ и по критерию Фишера $p<0,05$.

Как уже было отмечено, острые воспалительные процессы мягких тканей ягодичной области протекают при повышенном внутритканевом давлении. При этом степень повышения внутритканевого давления зависела как от характера строения фасциального футляра, так и от длительности заболевания. Так, гнойно-воспалительные процессы, локализирующиеся в области всей ягодичной мышцы, обычно сопровождаются большим подъемом внутритканевого давления, чем аналогичные процессы в области верхней трети

фасциального ложа ягодичной области. Нами установлено, что резкое увеличение градиента внутритканевого давления у больных с гнойно-воспалительными процессами наступает с 5-го дня. Клинический анализ историй болезни пациентов с разной давностью заболевания показал, что если вскрытие патологического очага не осуществлено до 5-7 суток, то у больных обычно наблюдается симптоматика, выражающаяся в увеличении интенсивности болей, повышении потребности в анальгетиках и локальной болезненности в области заинтересованного фасциального ложа ягодичной области при пассивных движениях в пальцах конечности. У 11 больных, у которых вскрытие гнойника было осуществлено через 10 дней с момента заболевания, отмечался парез конечности на стороне операции. При этом величина внутритканевого давления у них была на 55-60% выше исходного уровня. Кроме того, все эти больные относились ко второму зрелому и пожилому возрасту.

В соответствии с разработанной нами шкалой комплексной оценки тяжести течения флегмон ягодичной области средняя степень (без осложнений) была выявлена у 24 больных (27,1%), тяжелая степень – у 39 больных (47,0%) и крайне тяжелая степень – у 13 больных (25,9%). Таким образом, 72,9% больных с флегмонами мягких тканей ягодичной области плеча имели тяжелую и крайне тяжелую степень течения патологического процесса. Поэтому врачу следует помнить, что при подозрении на развитие острого гипертензионного синдрома необходимо проведение динамического контроля внутритканевого давления параллллельно с проведением лечения доминирующего повреждения и при отсутствии позитивной динамики (нарастание внутритканевого давления до критических значений)- выполнение декомпрессивной фасциотомии.

Выбор хирургического доступа зависел от локализации гнойника, его распространенности, данных УЗИ исследования и жидкокристаллической термографии.

В зависимости от результатов микробиологических исследований больным назначали антибиотикотерапию. Дезинтоксикационная терапия, иммунотерапия, физиотерапия и общеукрепляющее лечение проводили у всех больных по общепринятым методикам лечения больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей.

У 37 больных (группа сравнения) оперативное лечение выполнено под наркозом в день поступления. Операция заключалась в широком вскрытии гнойника, ревизии гнойной полости, удалении некротических масс, санации раны 3% перекисью водорода и 0,05% раствором хлоргексидина. Операция заканчивалась дренированием и рыхлым тампонированием гнойной полости турундой с гидрофильными мазевыми препаратами.

При бактериологическом исследовании раневого отделяемого сразу после вскрытия гнойника во всех случаях обнаружен рост патогенной микрофлоры. После выполненной санации при повторном исследовании у 29 (79,3) больного характер роста не изменялся, а у 8 (20,7%) – отмечен скудный рост в виде отдельных колоний.

Посевы из ран на 6-8 сутки лечения были стерильными лишь у 9 больных (24,7%). У остальных 28 больных (75,3%) по-прежнему обсемененность раны микрофлорой была выше критического уровня и составляла 04×10^5 в 1 г ткани. Это не позволило наложить на рану даже ранние вторичные швы, не говоря уже о первично-отсроченных швах.

Биохимические показатели к этому сроку лечения нормализовались. Слабо выраженная диспротеинемия выявлялась у 10,4±0,7%.

Больные выписывались из стационара в удовлетворительном состоянии с очистившимися, гранулирующими поверхностными ранами.

В результате изучения отдаленных результатов хирургического лечения глубоких межмышечных флегмон ягодичной области у 37 больных (группа сравнения), мы обнаружили, что у 47,22% больных в послеоперационном периоде выявлены осложнения неврологического характера, а их реабилитация до полного восстановления функции нижней конечности на стороне операции растягивается на длительное время от 3-х месяцев до 1,5 лет. У 12 больных (70,59%) обнаружились триггерные болевые зоны в области ягодичных мышц и мышц бедра.

После предоперационной подготовки все больные основной клинической группы были оперированы под наркозом в день поступления. Объем оперативного вмешательства у 39 больных 1 клинической группы наблюдения был аналогичным, как и у больных 2-ой группы.

После вскрытия и механической санации гнойника всем больным выполнялась ультразвуковая обработка гнойной раны в 0,05% растворе водного хлоргексидина.

Рана после ультразвуковой обработки принимала более свежий вид. Раневая поверхность становилась чище, удалялось большое количество фибринозно-некротического налета. Стенки раны были «водянистыми», слегка кровоточили. Очищение гнойной полости происходило во всех отделах равномерно. Операция заканчивалась дренированием и рыхлым тампонированием раны, как и у больных 2-ой группы.

Посев гнойного отделяемого из раны до ультразвуковой обработки выявлял рост патогенной микрофлоры у всех больных. После обработки у 10 больных (24,7%) посев был стерильным, у 21 больного (58,4%) отмечался скудный рост бактерий в виде отдельных колоний, у 7 больных (16,9%) – характер роста не изменился.

На следующие сутки после операции состояние больных улучшалось, значительно уменьшались боли в области послеоперационной раны. Часть больных жалоб на боли не предъявляла.

Из 39 больных у 22 (60,7%) температура нормализовалась в первые сутки после операции.

Начиная со 2-х суток на рану накладывали повязки с серебром Атрауман (Atrauman AG), которые обладают противомикробным действием на грамположительные и грамотрицательные бактерии.

На 6-7е сутки лечения состояние удовлетворительное. Не было болей в ране, нормализовалась температурная реакция ($36,5\pm0,4^0$C), исчез лейкоцитоз ($6,8\pm0,7x10^9$/л).

Раны чистые, отека и гиперемии нет, отделяемое серозное скудное. Стенки раны покрыты сочными грануляциями, по краям явления эпителизации. Активно протекающие пролиферативные процессы подтверждались данными цитологических исследований.

При бактериологическом исследовании ран у 32 из 39 больных на 6 сутки после операции рост микрофлоры – ниже 10^5 микробных тел в 1 г ткани. Мы считали это критерием завершения первого этапа лечения. Всем этим больным были наложены первично-отсроченные швы. Причем только у 4 больных (8,7%) была отмечена несостоятельность этих швов. И в дальнейшем рану вели открытым способом до выполнения ее сочными грануляциями.

Таким образом, «открытый» метод ведения гнойной раны в сочетании с ультразвуковой кавитацией ее стенок, позволяет более надежно контролировать течение раневого процесса, производить на 6-7 сутки наложение первично-отсроченных швов на ее края у подавляющего большинства больных (79,24%). Только у 2 из 39 (5,13%) больных этой группы послеоперационная реабилитация по поводу развившегося миофасциального триггера ягодичной области на стороне операции была затянута до 3 месяцев.

Как уже было отмечено, во 2 клинической группе (группа сравнения) послеоперационные осложнения неврологического характера вследствие развившегося острого гипертензионного синдрома наблюдались в 47,2%, что потребовало проведения реабилитационных мероприятий.

Заключение. Повышение внутритканевого давления свыше 35 мм рт.ст. является пусковым механизмом развития острого гипертензионного синдрома и определяет тяжесть клинико-функционального статуса этих больных. При этом патогенетическим методом лечения гипертензионного синдрома является фасциотомия.

Для повышения эффективности лечения больных с флегмонами ягодичной области необходимо проводить комплексную диагностику (ультразвуковое исследование и жидкокристаллическая термография), обоснованный оперативный доступ и тщательную санацию гнойного очага. Применение ультразвуковой обработки гнойной раны с использованием 0,05% водного раствора хлоргексидина в качестве промежуточной среды в 1,5-2 раза ускоряет процессы очищения ран, появлений грануляций, краевой эпителизации. При обсемененности 1г ткани микробами ниже 10^5 возможно закрытие раны первично-отсроченными швами.

Хорошие отдаленные результаты хирургического лечения глубоких межмышечных флегмон ягодичной области у 92,45% больных, полное восстановление функции нижней конечности на стороне операции и нормального уровня внутритканевого давления позволяет рекомендовать разработанную тактику дифференцированного подхода к лечению этих больных для широкого применения в клинической практике.

Список литературы

1. Рутенберг Д.Г. Современный взгляд на этиологию острых гнойно-воспалительных заболеваний нижней конечности / Д.Г. Рутенберг, А.В. Конычев //Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – №1. – С. 22-27.

2. Сажин В.П. /Эндовидеохирургическое лечение абсцессов мягких тканей // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – №1. – С. 147.

3. Сажин В.П. /Ультразвуковая оценка течения раневого процесса после эндоскопических операций при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей // Хирургия. – 2008. – №12. – С. 4-7.

4. Татьянченко В.К., Фирсов М.С., Давыденко А.В. /Способ выбора тактики лечения острого тканевого гипертензивного синдрома при лечении ягодичной области // Патент РФ на изобретение №2581821. Опубликован от 20.04.2016. Бюллетень №11.

5. Татьянченко В.К., Красенков Ю.В., Фирсов М.С. /Способы профилактики гипертрофических рубцов при лечении флегмон мягких тканей //Патент РФ на изобретение №2587972. Опубл. 27.06.2016. Бюллетень №18.

6. Heemskerk J., Kitslaar P. / Acute Comparment Syndrome of the lower leg retrospective study on prevalence, technique, and outcome of fasciotomies. /J. Heemskerk, P.Kitslaar //World J. Surg. – 2003. – Vol.27. – P. 744-747.

ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛИЗМА В РОССИИ

Черячукина Е.А.
доцент кафедры гражданского права и процесса, канд. юрид. наук,
Филиал Российского государственного социального университета в г. Дедовск,
Россия, г. Дедовск

Авагян В.Н.
студентка 3-го курса магистратуры, Филиал Российского государственного социального университета в г. Дедовск, Россия, г. Дедовск

В статье описывается проблема алкоголизма в стране. С каждым годом статистика ухудшается, количество людей, употребляющих большое количество алкоголя всё больше и больше.

Ключевые слова: алкоголизм, болезнь, подростки, алкоголь.

Алкоголизм – хроническое психическое прогредиентное заболевание, разновидность токсикомании, характеризующееся пристрастием к алкоголю (этиловому спирту), с психической и физической зависимостью от него. Алкоголизм характеризуется потерей контроля над количеством выпиваемого алкоголя, ростом толерантности к алкоголю (нарастание доз спиртного, требующихся для достижения удовлетворения), абстинентным синдромом, токсическим поражением органов, а также провалами памяти на отдельные события, происходившие в период опьянения.

В наше время мы очень часто сталкиваемся с вопросом «как избавиться от алкогольной зависимости. По статистике с каждым днем рост больных зависящих от алкоголя растет. Данные по алкоголизму свидетельствуют, что фактически в стране насчитывается 12 миллионов, злоупотребляющих алкоголем, и более 1 миллиона беспризорников и детей, оставшихся без попечительства родителей или проживающих в неблагополучных семьях. Существуют так называемые «нормы», для потребления алкогольных напитков.

Превышение употребления спиртного выше этих норм может свидетельствовать о начальном алкоголизме. Для мужчин «норма» составляет 75 мл крепкого спиртного напитка в день, 2 бокала винных напитков, и 0,5 л пива в день. У женщин эти «нормы» другие: 50 мл крепкого напитка, 1,5 бокала винного напитка и 0,33 л пива. У женщин объёмы меньше, так как склонность к алкоголизму выше.

Среди пьющих подростков 90 % страдают пивным алкоголизмом. С возрастом подростки переходят на более сильные спиртосодержащие напитки, в связи с чем увеличивается алкоголизм. Так же мы должны затронуть вопрос о женском алкоголизме. Еще недавно мы считали, что абсолютное большинство среди людей, страдающих алкогольной зависимостью это мужчины. Так оно и было, до определенного времени, до того самого времени, когда новая власть отменила после революции 1917 года «половую разницу», и было отменено само понятие женщина. Женщины стали работать на мужских работах, стали носить комбинезоны, и всех без исключения начали называть товарищами. Результатом всего этого стало то, что сегодня количество пьющих женщин составляет 58 % от общего числа алкоголиков. Ситуация с женским алкоголизмом в нашей стране очень серьезна, и надо принимать меры по устранению числа алкоголиков и среди женщин.

Так же существует подростковый и детский алкоголизм. По статистике подростковый и детский алкоголизм наблюдается среди малообеспеченных семей. Дети видят состояние родителей (когда те находятся в алкогольном опьянении), и берут с них пример, не понимая, что это плохо. Многие дети по данным опроса впервые попробовали алкоголь из рук своих родителей.

Для избегания таких ситуаций, следует создать более строгие меры наказания. Я считаю, что проблема алкоголизма у взрослых возникает вследствие безработицы и безделья, а у подростков роль играют родители, так как уделяют меньше времени детям, и больше работе. Не исключается так же влияние сверстников. Для этого следует открыть различные спортивные кружки, для привлечения внимания молодежи, так же создать больше рабочих мест.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993), (в редакции указов Президента Российской Федерации от 09.01.96 г. № 20; от 10.02.96 г. № 173; от 09.06.2001 г. № 679; от 25.07.2003 г. № 841; федеральных конституционных законов от 25.03.2004 г. № 1-ФКЗ; от 14.10.2005 г. № 6-ФКЗ; от 12.07.2006 г. № 2-ФКЗ; от 30.12.2006 г. № 6-ФКЗ; от 21.07.2007 г. № 5-ФКЗ; законов Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ; от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ; от 05.02.2014 № 2- ФКЗ) // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru

2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 02.01.2013) // Официальный интернет-портал правовой информацииwww.pravo.gov.ru

3. Бондаренко Э.Н. Юридические факты в трудовом правоотношении: Монография. – Барнаул, 2015. – 365 с.

ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Черячукина Е.А.
доцент кафедры гражданского права и процесса, канд. юрид. наук,
Филиал Российского государственного социального университета в г. Дедовск,
Россия, г. Дедовск

Авагян В.Н.
студентка 3-го курса магистратуры, Филиал Российского государственного социального университета в г. Дедовск, Россия, г. Дедовск

В статье рассматриваются случаи, когда важно не только согласие пациента или ближнего родственника, а также следует учитывать мнение врача. И разрешить врачам принимать определённые меры в случаях, угрожающих жизни.

Ключевые слова: госпитализация, пациент, договор об отказе на госпитализацию, договор на согласие лечения в стационаре.

Госпитализация – это помещение в стационар (больницу, госпиталь, родильный дом и т. п.) лиц, нуждающихся в медицинской помощи и лечении или в углубленном медицинском обследовании.

Как нам известно, гражданин имеет право на медицинскую помощь. Бывают ситуации, когда пациенту требуется госпитализация. Пациент имеет право как на госпитализацию, так и отказ от госпитализации. Для обоих случаев необходимо подписать пациенту договор либо на отказ от госпитализации, либо на лечение в стационаре. В случае если пациент является несовершеннолетним или недееспособным, договор подписывают родители, опекуны или попечители. В нашей стране происходят случаи, когда по причине вероисповедания родитель (опекун или попечитель) отказываются от госпитализации больного, что может повлечь за собой смерть пациента. Например, в 2016 году в России был случай, в процессе планового осмотра у ребенка выявили злокачественную опухоль в головном мозге. Врачи сообщили родителям, что ребенку требуется срочная госпитализация, предупредив обо всех возможных последствиях. Родители отказались от госпитализации, сославшись на то, что их вероисповедание не позволяет вмешиваться посторонним людям в судьбу человека, и если суждено чему-либо случиться, то этого нельзя избежать. Спустя 4 месяца ребенок умирает. На вскрытии врачи выявили, что причиной смерти явилась злокачественная опухоль головного мозга. Возникает вопрос: «Имели ли право родители выбрать своему ребенку такую судьбу?» Врачи объяснили родителям, что в случаи госпитализации, ребенку будет оказано полное лечение, которое приведет к улучшению качества и продолжительности жизни ребенка. Родители решили оставить ребенка в мучениях.

На мой взгляд, следует внести изменения в законодательство Российской Федерации, и в случаях, угрожающих жизни не позволять отказываться от госпитализации. Врачи должны сами принимать решение можно ли оста-

вить пациента на лечении в домашних условиях или все же следует госпитализировать в больницу. Какими препаратами лечить пациента, какие процедуры проводить, чтобы поставить на ноги больного, или же хотя бы уменьшить мучения, которыми страдают неизлечимо больные люди. Если же за пациента принимает решение родитель (опекун или попечитель), то он должен нести ответственность за принятое им решение. И если из-за неправильного решения ответственного лица умирает пациент, то он должен быть привлечен к уголовной ответственности.

Или другая ситуация, для проведения хирургических операций, лечащий и оперирующий врач должны иметь на руках согласие со стороны пациента или родственников о том, что они согласны на проведение операции, в ином случае врач не имеет право проводить хирургическое лечение. Но законодательство не берёт в счёт такие случаи, когда врач не имеет возможности получить подпись под согласием, так как пациент находится в тяжёлом состоянии, и не может подписать, а родственников рядом нет. Может возникнуть вопрос: «Как пациент оказался в больнице?», доставили по скорой помощи. Произошло ЧП, скорую помощь вызвали посторонние люди. Врачи, оценив ситуацию, решили произвести ампутацию нижней конечности, так как в случае сохранения конечности, может развиться сепсис (заражение крови) и в итоге пациента ждёт летальный исход.

Как быть врачам в такой ситуации? Ведь если они ампутируют ногу, то сам пациент может в итоге обвинить врачей, так как врачи снизили ему качество жизни. А другой возможности сохранения жизни человека не было. Я хочу предложить некоторые поправки в законодательстве. Ссылаясь на мой предыдущий пример с ребёнком и родителями, разрешить врачам принимать определённые меры для сохранения жизни и облегчения качества жизни, без последствий для медицинского работника будущего.

В пример не берутся ситуации, когда врач выбирает из множества вариантов самый калечащий, где можно было сохранить высокое качество жизни, но медицинский работник выбирает тот, который быстрее и легче остальных.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993), (в редакции указов Президента Российской Федерации от 09.01.96 г. № 20; от 10.02.96 г. № 173; от 09.06.2001 г. № 679; от 25.07.2003 г. № 841; федеральных конституционных законов от 25.03.2004 г. № 1-ФКЗ; от 14.10.2005 г. № 6-ФКЗ; от 12.07.2006 г. № 2-ФКЗ; от 30.12.2006 г. № 6-ФКЗ; от 21.07.2007 г. № 5-ФКЗ; законов Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ; от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ; от 05.02.2014 № 2- ФКЗ) // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru

2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 02.01.2013)// Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru

3. Бондаренко Э.Н. Юридические факты в трудовом правоотношении: Монография. – Барнаул, 2015. – 365 с.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Чеснокова Н.Н.
ассистент кафедры управления и экономики фармации и фармацевтической технологии, Нижегородская государственная медицинская академия,
Россия, г. Нижний Новгород

В статье представлен краткий обзор нормативной правовой документации, справочной информации и результатов научных исследований, касающихся применения консервативного лечения у пациентов с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей без язв и воспалений.

Ключевые слова: консервативное лечение, компрессионная терапия, фармакотерапия, варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК).

Согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ВБНК выделяется несколько направлений лечения: компрессионная терапия, фармакотерапия, флебосклерозирующее лечение и хирургическое лечение. Компрессионная терапия может быть использована как самостоятельный вид лечения, так и в дополнение к хирургическому вмешательству и/или склеротерапии, оказывая эффект на уровне макро- и микроциркуляторного русла [7, с. 18].

Уменьшение сдавления отечной жидкостью лимфатических сосудов способствует возрастанию пропускной способности лимфатического дренажа и разрешению механической лимфатической недостаточности, а за счет сокращения объема лимфатической нагрузки – динамической лимфатической недостаточности [12, с. 17-24, 4, с. 768].

Следствием является изменение метаболической, антикоагулянтной и противовоспалительной активности эндотелия [12, с. 17-24; 5, с. 23-29].

Различные формы амбулаторных компрессионных техник и устройств включают в себя компрессионный трикотаж, сапожок Унна, многослойные упругие обертывания, перевязочные материалы, эластичные и неэластичные бинты и некоторые другие.

Согласно исследованию, проведенному в 2012 году специалистами ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», С.В. Сапелкиным и И.А. Золотухиным, было установлено, что с учетом возможных противопоказаний компрессию назначают 75,2% врачей, при этом наиболее популярным средством компрессии среди медицинских специалистов являются компрессионные чулки (75.0%), и наиболее востребованными являются изделия 2-го класса компрессии [8, с. 9-12].

Терапевтическое воздействие любого компрессионного изделия определяется рядом технических параметров: давлением покоя (сила, с которой изделие давит на конечность при расслабленных мышцах), рабочим давлением (сила, с которой изделие давит на конечность при мышечном сокращении), и жесткостью (разность между давлением, измеренным в вертикальном и гори-

зонтальном положениях, по внутренней поверхности голени в месте соединения ахиллова сухожилия и икроножных мышц). Компрессионная терапия может осуществляться как эластичными, так и неэластичными изделиями. Неэластичные бандажи не растягиваются. Бандаж из короткорастяжимых материалов существенно улучшает функцию мышечно-венозной помпы голени, увеличивает фракцию выброса и купирует рефлюкс крови в большей степени, чем аналогичный бандаж из длиннорастяжимых материалов [7, с. 18].

Преимуществом эффективного бандажирования является возможность достижения с его помощью эффективного высокого давления при ходьбе («рабочее давление») с хорошо переносимым давлением в покое и перемежающей компрессией мышечной помпы голени. Компрессионный трикотаж назначается в том случае, когда пациенты могут носить их регулярно.

Существует ряд мировых стандартов качества, применяемых по отношению к изделиям компрессионного трикотажа, согласно которым компрессионные изделия делятся на классы в соответствии с оказываемыми ими уровнями компрессии.

В нашей стране существует и применяется с 1 января 2015 года Межгосударственный стандарт ГОСТ 31509-2012 «Изделия медицинские эластичные фиксирующие и компрессионные. Общие технические требования. Методы испытания». Так, в указанном стандарте применяется несколько видов классификаций как в отношении бинтов, так и компрессионных изделий. Поскольку терапевтический эффект зависит в первую очередь от уровня давления, которое оказывает компрессионное изделие на поврежденную конечность, то наибольшее практическое значение имеет именно классификация по степени компрессии. Терапевтические эффекты начинаются с применения изделий второго класса компрессии, а изделия «нулевого» и «первого» классов могут использоваться в качестве профилактики при наличии факторов риска. Однако, профиль давления для каждого компрессионного класса не одинаков в разных странах и измеряется различными методами [6, с. 29-35].

В некоторых стандартах, например, немецком RAL-GZ 387, профилактическими считаются изделия с давлением менее 18 мм рт. ст. [1, с. 20]. Переменная пневматическая компрессия оказывает стимулирующее действие на процессы регенерации, способствуя выходу трофической язвы из состояния стагнации [10, с. 136-142; 11, с. 136-142].

Безусловно, существуют и противопоказания к применению компрессионного способа лечения. Так, эластичная компрессия противопоказана пациентам с заболеванием периферических артерий на поздних стадиях, при тяжелых неврологических нарушениях, лимфангиите, аллергии к компонентам компрессионного изделия. При снижении давления на лодыжке ниже 100 мм рт.ст. (но не менее 60 мм рт.ст.) могут быть использованы изделия I класса компрессии. Относительными противопоказаниями к назначению компрессии являются субкомпенсация и декомпенсация кровообращения (из-за опасности развития острой сердечной недостаточности), острый экссудативный дерматит [7, с. 18-19].

Фармакологическая терапия служит не менее важной составляющей лечения хронических заболеваний вен нижних конечностей и направлена на устранение или уменьшение вено-специфических симптомов и синдромов, профилактику и лечение осложнений, потенцирование эффекта компрессионной терапии и других методов лечения, а также уменьшение нежелательных побочных эффектов хирургических и флебосклерозирующих методов лечения ХЗВНК. Средствами базисной фармакотерапии ХЗВ служат флеботропные лекарственные препараты – ФЛП (синонимы – веноактивные препараты, флебопротекторы, венотоники) [7, с. 21; 3, с. 9].

Флебопротективные препараты показаны также при варикозной болезни вен нижних конечностей – заболевании, являющемся наиболее частой причиной развития ХВН [9, с. 26-30].

Было испробовано много соединений, однако наиболее перспективными оказались лекарственные препараты, в которые были включены сапонины, такие как в экстракте семян конского каштана (эсцин); гамма-бензопирены (флавоноиды) – рутозиды, диосмин и гиспередин; микронизированная очищенная флавоноидная фракция; другие растительные экстракты, например, экстракт коры французской морской сосны; синтетические продукты – кальция добезилат, нафтазон, бензарон [2, с. 6].

Основным показанием к применению ФЛП служат симптомы, связанные с ХЗВ: тяжесть в ногах, дискомфорт, зуд, болезненность по ходу варикозных вен, парестезии, ночные судороги и другие веноспецифичные жалобы, хронический венозный отек, а также трофические нарушения кожи, включая венозные язвы. Противопоказания к приему ФЛП возникают только при их непереносимости или прогнозируемом высоком риске нежелательных побочных реакций. Наиболее высокий профиль безопасности при длительном (6-12 мес.) приеме имеет МОФФ [2, с. 22].

Местные лекарственные формы в виде гелей и спреев, в состав которых входят гепарин, нестероидные противовоспалительные средства и флебопротекторы, целесообразно использовать для быстрого купирования веноспецифичных симптомов (боль, чувство тяжести и жара, локальный отек и др.). Терапевтический эффект местных лекарственных препаратов во многом связан с отвлекающим эффектом за счет испарения летучих компонентов (локальная гипотермия) и массажа во время нанесения и втирания препарата.

Список литературы

1. German Standard – RAL-GZ 387/1 Medical Compression Hosiery. – 2008. – Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung E.V. – P. 20.

2. Gloviczki P. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum // Journal of vascular surgery/ 2011. Vol. 53. P. 6S-8S.

3. Богачев, В.Ю. Консервативные методы лечения и профилактики хронических заболеваний вен нижних конечностей / В.Ю. Богачев // Хирургия. – 2014. – №1. – С. 9-11.

4. Зайчик, А.Ш., Патохимия (эндокриннометаболические нарушения) / А.Ш. Зайчик, Л.П. Чурилов. – СПб: Элби СПб, 2007. – С. 768.

5. Киричук, В.Ф. Функции эндотелия сосудистой стенки / В.Ф. Киричук, А.П. Ребров, С.И. Россошанская // Тромбоз, гемостаз, реология. – 2005. – № 2. – С. 23-29.

6. Мишалов, В.Г. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Часть 2 Классификация и диагностика. Компрессионная терапия / В.Г. Мишалов // Сердце и сосуды. – 2010. – №3. – С. 29-35.

7. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен / под ред. В.С.Савельева, А.В.Покровского, И.И.Затевахина // Флебология. – 2013. – Т.7, №2. – 48 с.

8. Сапелкин, С.В. Компрессионное лечение в реальной флебологической практике: результаты опроса участников конференции Ассоциации флебологов России / С.В. Сапелкин, И.А. Золотухин // Флебология. – 2013. – №4. – С. 9-12.

9. Стойко, Ю.М. Флеботропная терапия в комплексном лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей / Ю.М. Стойко // Врач. – 2006. – №7. – С. 26-30.

10. Швальб, П.Г. Комплексное лечение венозных трофических язв и новая концепция их патогенеза / П.Г. Швальб, А.П. Швальб, С.В. Грязнов// Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. – 2010. – №1. – С. 136-142.

11. Швальб, П.Г. Особенности патогенеза венозных трофических язв в выборе метода терапевтических воздействий / П.Г. Швальб, А.П. Швальб, С.В. Грязнов// Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. – 2010. – №3. – С. 136-142.

12. Янина, А.М. Компрессионное лечение варикозной болезни / А.М. Янина, С.Г. Гаврилов // Флебология. – 2015. – №1. – С. 17-24. 93.

СЕКЦИЯ «ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ И КУЛЬТУРОЛОГИЯ»

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ КУЛЬТУРЫ И ЦИВИЛИЗАЦИИ

Камова Р.М.
доцент кафедры философии и гуманитарных дисциплин, канд. филос. наук,
Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия,
Россия, г. Черкесск

В статье рассматриваются особенности взаимосвязи культуры и цивилизации, приобретающие особый смысл, вследствие противоречий и проблем глобального порядка.

Ключевые слова: культура, цивилизация, функции цивилизации, глобализация.

Рассматривая взаимосвязь культуры и цивилизации, обратимся к содержанию их понятий. Культура – есть выражение индивидуального начала каждого социума, она представляет собой – исторически обусловленный уровень развития общества, творческих сил и способностей человека, выраженный в типах и формах организации жизни и деятельности людей, в их взаимоотношениях, в создаваемых ими материальных и духовных ценностях.

Понятие “культура”, в широком смысле, употребляется для характеристики определённых исторических эпох, конкретных обществ, народностей и наций, специфических сфер деятельности или жизни, в более узком смысле, это – сфера духовной жизни людей, включающая в себя предметные результаты деятельности людей, человеческие силы и способности, реализуемые в деятельности. При этом, духовная и материальная культуры находятся в органическом единстве.

Цивилизация – представляет собой совокупность материальных и духовных достижений общества в его историческом развитии, уровень общественного развития и материальной культуры, достигнутый в том или ином обществе, степень и характер развития культуры определённых эпох и народов. Еще в эпоху Просвещения философы настаивали на взаимосвязи этих понятий. По их мнению, только высокая культура могла порождать цивилизацию, а цивилизация, соответственно, была показателем культурной развитости общества и индивидов.

Тем не менее, наряду с отождествлением понятий «культура» и «цивилизация» уже в тот период возникает традиция и их противопоставления.

Под культурой многие исследователи стали понимать духовный потенциал человечества, под цивилизацией – материальную сферу. Уже тогда было впервые замечено, что материальный прогресс еще не означает достижение высокого уровня духовного развития.

Понятие цивилизации становится синонимом урбанизации, бездуховного техницизма, понимается как источник дегуманизации мира. Были даны и другие определения цивилизации «цивилизация – последний этап развития культуры, этап ее упадка и гибели» (О.Шпенглер); «культура имеет душу, цивилиза-

ция – лишь методы и орудия» (Н.Бердяев); «цивилизация – холодная, жесткая, повседневная реальность, культура – праздник» (Г.Маркузе) [1].

Но, даже противопоставляя культуру и цивилизацию, ученые не могли не признавать их взаимообусловленности. Так возник оптимальный взгляд на данную проблему, сторонники которого признают наличие различий между культурой и цивилизацией, но в то же время не отрицают их взаимодействия.

В рамках данного направления сложился взгляд на цивилизацию как на процесс эволюции культур в направлении к более сложным состояниям. При таком подходе культура и цивилизация сосуществуют в единстве.

Реальные связи между ними выступают в определенных формах. Первая из них – генетическая (культура как наиболее ранняя форма создает цивилизацию, объективизируется в ней). Вторая форма связи – структурно-функциональная, так как культура и цивилизация, воплощая в себе материальную и духовную стороны жизни, не могут существовать без взаимодействия. Третья связь – дисфункциональная. При ней цивилизация подчиняет культуру, унифицирует ее, приводит к кризису. Но это означает в свою очередь то, что могут появиться новые ценности, которые лягут в фундамент новой культуры [2].

Культура отражает, передает и хранит индивидуальное начало в рамках каждой данной общности. Цивилизация выражает нечто общее, рациональное, стабильное. Она представляет собой систему отношений, закрепленных в праве, в традициях, способах делового и бытового поведения. Они образуют механизм, гарантирующий функциональную стабильность общества.

Цивилизация определяет общее в сообществах, возникающих на базе однотипных технологий. Функция цивилизации – обеспечение общезначимого, стабильного нормативного взаимодействия.

Таким образом, цивилизация – это социокультурное образование. Если культура характеризует меру развития человека, то цивилизация характеризует общественные условия этого развития, социальное бытие культуры. О.Ю. Малахова отмечает, что важнейшей особенностью третьего тысячелетия является все ускоряющийся процесс глобализации, предполагающий глобальную унификацию культур естественным средством противодействия сохранению национально-культурных ценностей [3, с. 60].

Речь идет о сохранении современной цивилизации, безусловном приоритете общечеловеческих интересов, вследствие чего социально-политические противоречия в мире имеют свой предел: они не должны разрушать механизмов жизнедеятельности человечества.

Список литературы

1. Шпенглер О. Закат Европы: [Перевод с нем.]. – М.: Искусство, 1993; Перевезенцев С. В. Николай Александрович Бердяев.URL: http://www.portal-slovo.ru/history/35589.php; Маркузе Г. Эрос и цивилизация. Одномерный человек: Исследование идеологии развитого индустриального общества / Г. Маркузе; Пер. с англ., послесл., примеч. А.А. Юдина; Сост., предисл. В.Ю. Кузнецова. – М.: ООО "Издательство АСТ", 2002. – 526, [2] с. – (Philosophy).

2. Взаимосвязь Культуры и Цивилизации.URL: http://worlds-culture.ru/index.php?action=full&id=227

3. Малахова О.Ю.Влияние культурной традиции на процесс образования современной российской молодежи: материалы Всероссийской научно-практической конференции «Динамика социально-территориальной структуры современного российского общества». Волгоград: Изд-во ФГОУ ВПО ВАГС, 2008. С. 60-61.

ПОБЕДА НАД СОЛНЦЕМ: ФУТУРИСТИЧЕСКАЯ ОПЕРА – НАЧАЛО СУПРЕМАТИЗМА

Котович Т.В.
профессор кафедры всеобщей истории и мировой культуры,
д-р искусствоведения, профессор, Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова, Беларусь, г. Витебск

В статье анализируется хронотоп (пространство-время) авангардного произведения «Победа над Солнцем», ставшего символом веры (credo) всего русского модернистского движения. Созданная в 1913 году, футуристическая опера взламывала классическое сценическое мышление, а также и визуальную образную систему, уже набравшую силу во всех тех направлениях, которые прошли быструю апробацию в арт-пространстве России в первом десятилетии XX века.

Ключевые слова: авангард, футуризм, сценическое искусство, хронотоп.

В июле (18-19-20) 1913 года в финском местечке Уусикиркко состоялся Первый всероссийский съезд баячей будущего (поэтов-футуристов), в котором приняло участие три баяча-футуриста – Алексей Крученых, Михаил Матюшин и Казимир Малевич. Духовным лидером был Велимир Хлебников, несмотря на то, что он опоздал на июльское собрание, где оговаривались все детали будущего проекта. Н. Пунин подчеркивал: «В «первых футуристических боях» вожди еще не определились; только Хлебников выделился рано и тогда же был провозглашен «королем поэтов», прочие шли сомкнутым строем, имели случайных соседей и крепко стояли «на глыбе слова «мы» среди моря свиста и негодования» [1, с. 147]. Все участники были харизматичны, Алексей Крученых, Михаил Матюшин и Казимир Малевич были значительными личностями в искусстве, однако именно В. Хлебников был пророком с его «досками судьбы» и выверенными математическими формулами. Спустя время он высчитает формулу супрематических работ Малевича, как он называл их «теневых чертежей», и обозначит ее годом, так как их числовое кратное – 365 [2]. Строфы стихов Хлебникова не расшифровывались линейно и сразу, так как содержали множество шифров. И спектакль-опера-футуризм «Победа над Солнцем» станет своеобразным шифром в искусстве XX века: «Люди! Те, кто родились, но еще не умерли! Спешите идти в созерцог или созерцавель!» – кричал глашатай, провозглашая футуристический спектакль.

Цель исследования – выявление хронотопа и структуры футуристической оперы «Победа над Солнцем» в первой постановке в декабре 1913 года.

Пространство-время (хронотоп) произведения. В июне 1913 года, находясь в Кунцево под Москвой, Казимир Малевич сообщал Михаилу Матюшину: «Кроме живописи я еще думаю о Театре футуристическом, об этом писал Крученыху, который согласился принять участие <…> декорации будут такие, что оближешься» [3, с. 52]. В декларации съезда баячей от 20 июля было отмечено следующее: «Устремиться на оплот художественной чахлости – на Русский театр и решительно преобразовать его. Художественным, Коршевским, Александринским, Большим и Малым нет места в сегодня! – с этой целью учреждается *новый театр* «Будетлянин» [4, с. 23-24].

В «Победе над Солнцем», опере в двух деймах и шести картинах 15 персонажей: два Будетлянских силача, Нерон и Калигула в одном лице, Путешественник по всем векам, Некий злонамеренный, Забияка, Неприятель, Разговорщик по телефону, Пестрый глаз, Толстяк, Чтец, Старожил, Внимательный рабочий, Молодой человек, Авиатор. А также Новые, Трусливые, Вражеские воины, Спортсмены, Похоронщики, Несущие солнце и хор.

В первом дейме четыре картины, причем каждая имеет собственную окраску визуального облика. В первой картине белое с черным – стены белые, пол черный. Она самая длинная по времени. Будетлянские силачи начинают действия, провозглашая поражение вселенной, вооружение всего мира и погружение гор. Один из силачей поет: «Солнце, ты страсти рожало / И жгло раскаленным лучом, / Задернем пыльным покрывалом, / Заколотим в бетонный дом!». Путешественник во времени вторит ему: «Вдруг пушки. / Потоп… Смотри, / Всё стало мужским. / Озер тверже железа / Не верь старой мере». Неприятель, Некий злонамеренный и Забияка вступают в спор, плачут и ругаются.

Во второй картине – зеленые стены и пол. Здесь многолюдно, проходят Вражеские воины в костюмах турков, певцы в костюмах Спортсменов, вступает в действие хор и выступают солистами Силачи: «Скрылось солнце. / Тьма обступила. / Возьмем все ножи / Ждать взаперти».

В третьей картине черные и стены и пол. В ней действуют только Похоронщики и состоит она только из их короткой арии. Четвертая картина не выявлена конкретным цветом, она представляет собой некий итог всего только что происшедшего. Разговорщик по телефону узнает, что солнце покорено, и тут же Несущие солнце провозглашают, что земля больше не вертится, так как солнце вырвано с жирными, «пропахшими арифметикой» корнями. Хор поет гимн тьме и черным богам, потому что солнце железного века умерло. Один из несущих утверждает, что отныне солнце и свет будет только внутри.

Второе деймо происходит в месте, которое называется «десятый стран» и имеет свой точный топос: «Изображены дома наружными стенами, но окна странно идут внутрь, как просверленные трубы, много окон, расположенных неправильными рядами, и кажется, что они подозрительно движутся» [5, с. 25]. В диалоге Новых и Трусливых выясняется, что прошлое уничтожено, весь город проветривается другими ветрами, а Чтец кричит о том, что жизнь без прошлого хороша, ибо всё уподобляется чистому зеркалу и все

свободны от тяжести всемирного тяготения. В шестой картине, такой же по времени, что и самая первая, начальная, Толстяк видит башню, небо и улицы вниз вершинами, как в зеркале. Спортсмены, Авиатор, силачи создают невероятное движение, в котором всё перевернуто с ног на голову.

Есть еще один очень важный элемент во всем, что происходит в «Победе…» и что принципиально важным оказалось в визуальном облике первого спектакля. Это – отсутствие личности и личностного начала в сюжете, в смыслах, в сущностных переплетениях событий (в данном случае фрагментов событий, обрывков событий). Спортсмены, Хор, Несущие солнце, Новые, Похоронщики – это масса. И они на самом деле персонажи будущей цивилизации, свергающей солнце и живущей в новых условиях перевернутого мира. Но, кроме того, и случайные, время от времени появляющиеся частные герои (Внимательный рабочий, Забияка и пр.), и масса режутся на части прожекторами. Ни основных, ни тем более второстепенных уже нет ни в каком качестве. Наступает полное расчеловечивание мира. Еще не началась первая мировая война, а на сцене уже было выявлено главное качество и главная трагедия XX века.

Пересказать сам сюжет оперы невозможно и выявить логику происходящего в ней сложно. Но дело здесь не в нарративе. Впервые в театре семантика произведения заключается не в том, *что* происходит, и не в том, *что* говорится на сцене, а в *самом художественном языке*. Именно в новизне художественного языка сошлись все компоненты спектакля. Пролог как мост в заумь, сама заумь в тексте пьесы, декорации и музыка: «Очевидно, что заумная поэзия не указывает ни на какие действительные или воображаемые факты; в этом смысле заумь – явление в искусстве уникальное (в этот ряд можно включить только родственные футуризму явления, как дадаизм или супрематизм – Малевич называл «дыр бул щил» супрематизмом в поэзии, – или более поздние эксперименты: литература абсурда и т.д.» [6, с. 37].

Замечательно то, что дело здесь и не в новой стилистике сценического высказывания, и не в новых выразительных средствах оформления этого высказывания. Важно понять, что, как это ясно из слов И. Терентьева, заумь – это ничто, абсолютный ноль [6, с. 37]. Чрезвычайно существенным в этом контексте является осознание, что авангардистское произведение не воссоздает хоть какую-нибудь из возможных реальностей (действительную, подразумеваемую или воображаемую), а производит принципиально новый системный тип: главное здесь – построение, формирование **знака.**

Суть произведения в принципиально новом хронотопе, т.е. в ином, чем принято и существовало до сей поры в искусстве, *пространстве-времени* спектакля.

Пространство-время <u>создания</u> произведения – середина и вторая половина 1913 года. Это – самый канун Первой мировой войны и счастливый экономический год. 1913-й воплотил в себе объективную социально-историческую ситуацию и субъективное ощущение художниками этой ситуации. Высшая точка взлета империи, по которой весь двадцатый век будут

ориентировать экономические достижения советской страны, с одной стороны, и уже предчувствие срыва с этой точки, с другой.

Предчувствие войны и ее предуготовление обозначило приближение всей социальной системы в точке бифуркации. Неравновесность и неустойчивость подвигали всю ее к зоне хаоса, и она была уже готова свергуться в хаос, который будет длиться, как минимум, до середины 1920-х гг., или, как максимум, весь XX век.

На подходе к точке бифуркации присутствовали серьезные по накалу эстетические блоки неустойчивости и неравновесности – эпатажные акции, дискуссии, скандальные выступления, алогизм в искусстве, тяготение к беспредметности, – все те сегменты, которые провоцировали не только хаос, но и вектор выхода на новый уровень системы.

К 1913 году завершается первый этап русского авангарда с лидерством Михаила Ларионова, буквально только что задекларировавшего лучизм как концептуальное, теоретически обоснованное направление в искусстве, обозначившее новый ментальный уровень абстракции и беспредметности.

Лето 1913 года было насыщенным и благополучным для создателей «Победы над Солнцем».

А. Крученых вспоминал: «Летом 1913 года мне и Маяковскому были заказаны пьесы. Надо было их сдать к осени. Я жил тогда в Усикирко (Финляндия) на даче у М. Матюшина, обдумывал и набрасывал свою вещь. Об этом записал тогда же (книга «Трое», 1913 год). «*Воздух густой, как золото… Я все время брожу и глотаю…* (выделено нами – Т.К.) Незаметно написал «Победу над солнцем» (опера); выявлению ее помогали толчки необычайного голоса Малевича и нежно певшая скрипка дорогого Матюшина. Художник Малевич много работал над костюмами и декорациями к моей опере» [7, с. 113]. Густой как золото воздух и тут же – предельный алогизм текста: «Кюлн сурн дер. / Ехал налегке / Прошлом четверге. / Жарьте, рвите, что я не допёк. / Я ем собаку / И белоножки. / Жареную котлету, / Дохлую картошку. / Место ограничено / Печать молчит. / Ж Ш Ч» [5, с. 15].

Итак, обозначается резкое противостояние: «мир – война» на уровне социума, «гармония – хаос» на уровне художественного восприятия реальности и существования в ней.

Четверо создателей «Победы над Солнцем» выдвигаются в самый центр и двигают искусство в кардинальный слом, в пространство хаоса. Локально они находятся в чудном месте – на даче в Уусикиркко (топос) и в самой середине лета (хронос), за год до начала срыва в войну. Но уже над этим локусом благополучия, поверх него и внутри него возникает текст, равный хаосу. Наиболее мощно в сценическом искусстве это выразилось в футуристической опере «Победа над Солнцем»: там были представлены корчи беснующегося от страха человека перед уже наступающим ужасом страшной ночи всего, что ожидает Европу в XX веке, и в том, *как* с помощью разруше-

ния структуры, логики и ясного хронотопа создается сценическое произведение масштаба первородного хаоса.

Из воспоминаний А. Крученых: «Вот что говорили о главной идее оперы ее оформители, мои соавторы – композитор Матюшин и художник Малевич сотруднику петербургской газеты «День»: «Смысл ее – ниспровержение одной из больших художественных ценностей – солнца в данной случае… существуют в сознании людей и определенные, установленные человеческой мыслью связи между ними. Футуристы хотят освободиться от этой упорядоченности мира, от этих связей, мыслимых в нем. Мир они хотят превратить в хаос, установленные ценности разбивать в куски и из этих кусков творить новые ценности, делая новые обобщения, открывая новые неожиданные и невидимые связи. Вот и солнце – эта бывшая ценность – их поэтому стесняет и им хочется ее ниспровергнуть. Процесс ниспровержения солнца и является сюжетом оперы. Ее должны выражать действующие лица оперы словами и звуками» [7, с. 113].

Хронотоп оперы «Победа над Солнцем» представляет собой следующее:

1. Разрушены причинно-следственные связи, нет сюжетных линий, выключены объект-субъектные и субъект-субъектные отношения. Т.е. полностью изменена метрика пространства: из 3+1 (хронотопа привычной реальности и классического искусства в том числе как отражения данного типа реальности) – в 3 + n.

2. Постановка не отличается определенной стилистической особенностью. В ней сосуществуют кубофутуристические костюмы, плоскостность занавеса, пустой куб, алогизм текста, четвертьтоновая музыка. Эти показатели представляют собой устойчивые частицы, неизменные и зафиксированные при любом изменении структуры. Всё это – отдельные локальные хронотопы, и рассогласование их, на внешний взгляд, в спектакле абсолютное, но только в случае, когда мы рассматриваем всю систему в момент статичности.

Список литературы

1. Пунин Н. Первые футуристические бои / Малевич о себе. Т. 2. – С. 145-147.
2. Хлебников В.В. Голова вселенной, или время в пространстве / В. В. Хлебников // Центральный гос. архив литературы и искусства (ЦГАЛИ). – Фонд 665. – Оп. 1. – Д. 32.
3. Малевич К. В. Хлебников / Семиотика и Авангард: Антология / Ред.-сост. Ю. Степанов и др. – М.: Академический проект : Культура, 2006. – С. 519-22.
4. Малевич К. СС в пяти т. Т. 1. – М.: Гилея, 1995. – 395 с.
5. «Победа над Солнцем» / подготовка текста и предисловие Р.В. Дуганова. – М., 1993. – 32 с.
6. Сиротин Н. О методологии исследования авангардизма, или Семиологические отношения авангардизма к действительности / Семиотика и Авангард: Антология / Ред.-сост. Ю. Степанов и др. – М.: Академический проект : Культура, 2006. – С. 33-42.
7. Крученых А. О Малевиче / Малевич о себе. Т 2. – С. 106-117.

ПРОБЛЕМА КРИЗИСА ЕВРОПЕЙСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ В РАБОТЕ ОСВАЛЬДА ШПЕНГЛЕРА «ГОДЫ РЕШЕНИЙ»: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД

Покачалов М.В.
доцент кафедры истории и культурологии, канд. культурологии,
Национальный исследовательский университет «МЭИ»,
Россия, г. Москва

В статье характеризуются некоторые особенности кризиса современной европейской цивилизации. Анализируются взгляды немецкого мыслителя первой половины XX века О. Шпенглера на проблему социокультурного и политического упадка современных ему европейских стран. Кризисные явления в развитии Западной цивилизации первой половины XIX столетия, отмеченные Шпенглером в работе «Годы решений», рассматриваются в контексте нынешних исторических вызовов.

Ключевые слова: цивилизация, кризис, упадок семейных ценностей, некритическое мышление.

Современная европейская цивилизация на протяжении последних нескольких лет переживает серьезный социокультурный и политический кризис. Массовая и, по сути, неконтролируемая миграция из стран Африки и Ближнего Востока, во многом спровоцированная элитами европейских стран, терроризм, нападки на традиционные религиозные и семейные ценности – это только некоторые значимые примеры, подтверждающие неблагополучное состояние европейского социума. Знаменитый немецкий философ и культуролог О. Шпенглер, автор классического труда «Закат Европы», еще в первой половине прошлого столетия уловил и сформулировал основные угрозы западной культуре, вошедшей в позднюю стадию цивилизации. Ряд интересных и весьма актуальных взглядов мыслитель высказал в своей поздней работе «Годы решений» (1933). В весьма жесткой и местами неполиткорректной по нынешним временам форме Шпенглер характеризует общественные процессы в Европе межвоенного периода, остро реагируя на проблемы, злободневные и для XXI века.

Прежде всего, философ отмечает у своих современников ослабление способности самостоятельно критически мыслить. По его мнению, большинство людей не в состоянии разбираться «во все более запутанных и непрозрачных событиях и ситуациях большой политики и экономики, постигать действующие в них силы и тенденции, не говоря уже о том, чтобы овладеть ими» [2, с. 21]. С одной стороны, первую половину XX века немецкий мыслитель характеризует как «время, когда *всякий может читать и писать* (курсив мой – М.П.), и потому хочет сказать свое слово, считая, что он все понимает лучше других» [2, с. 22]. Однако в другом месте своей работы Шпенглер замечает: «Сегодня *не умеют читать* (курсив мой – М.П.). Это великое искусство вымерло еще во времена Гете. "Массу" напечатанного просматривают и, как правило, читатель деморализует книгу» [2, с. 160].

Нынешняя глобальная цивилизация повсеместной грамотности и компьютеризации населения породила современного среднестатистического обывателя, уверенного в своей интеллектуальной состоятельности и полагающего, что он вполне может найти в сети ответы на все вопросы. Констатируемое же учеными снижение (прежде всего у молодежи) способности к чтению серьезных текстов, а также отсутствие потребности в нем – бич современного массового общества и признак его глубокого кризиса.

Еще более резко Шпенглер высказывается относительно интеллектуального состояния представителей современных ему европейских правящих элит. Наблюдения за действиями лидеров ведущих мировых держав межвоенного периода заставляют мыслителя сделать неутешительный вывод: «Белый мир управляется преимущественно дураками, – если вообще управляется» [2, с. 150]. «Подлинные государственные мужи встречаются все реже» [2, с. 21]. Как писал в конце Первой мировой войны французский социальный психолог Гюстав Лебон, «современная эпоха являет собой триумф коллективной посредственности» [1, с. 25]. Очевидно, что целый ряд сегодняшних острых политических проблем и процессов носит исключительно рукотворный характер (например, развязывание правительствами западных стран военных конфликтов в самых разных частях мира, провоцирующих террористические угрозы и неконтролируемую массовую миграцию). И это обстоятельство невольно заставляет лишний раз обратиться к жестким формулировкам классиков социальной мысли и признать актуальность их выводов.

Немецкий интеллектуал вскрыл и описал демографические проблемы современных ему европейских обществ, констатируя глубокий упадок семейных ценностей. «Теряется смысл мужчины и женщины, как и воля к продолжению рода. Человек живет только для самого себя, а не для будущего рода… Женская эмансипация времен Ибсена хочет не свободы от мужчины, а свободы от детей, от обязанностей по их воспитанию, а параллельно идущая мужская эмансипация – от обязанностей по отношению к семье, народу государству» [2, с. 186]. Философ приводит статистику рождаемости у западноевропейских и иных народов, и она оказывается не в пользу первых. «Кажущийся рост белого населения земли, столь ничтожный по сравнению с размножением цветных, основан на временной иллюзии: количество детей сокращается, и лишь количество взрослого населения увеличивается, но не из-за его прироста, а из-за увеличения продолжительности жизни» [2, с. 187].

Немецкий мыслитель фактически предсказал современные миграционные проблемы на европейском континенте. Интересно отметить, что он, пожалуй, первым, еще в 1933 г. употребил ныне прочно укоренившийся в социополитическом лексиконе термин «цветная революция». Правда, значение его было весьма далеко от современного. «Цветная революция», в понимании Шпенглера, – это революция масс незападного мира, бросающих вызов гегемонии «белых народов». Исследователь сравнивает свое время и ближайшее будущее с античным миром, испытывавшим нашествия «варваров». Автор указывает народы и страны, относящиеся, по его мнению, к «цветному» миру. Это «не только Африка и индейцы – наряду с неграми и метисами – по

всей Америке, исламские народы, Китай, Индия вплоть до Явы, но, прежде всего, – Япония и Россия, которая вновь превратилась в великую азиатскую, "монгольскую" державу» [2, с. 176]. Шпенглер называет Россию госпожой Азии и замечает, что «Россия и есть Азия» [2, с. 179]. Это к вопросу, является ли Россия Европой в восприятии самих европейцев.

Конечно, говоря о вызове незападного мира западному, мыслитель имел в виду нарождавшиеся в его эпоху в разных регионах мира антиколониальные движения. Многие его высказывания сегодня кажутся неполиткорректными и отдающими расизмом, однако некоторые его наблюдения поразительно актуальны. Так Шпенглер констатирует, что представители незападных народов «не держатся за жизнь, единственной ценностью которой является ее продолжительность» [2, с. 190]. Говоря о «воинственном, мужском духе» ислама, он утверждает, что там, «где еще вчера стояла христианская школа, завтра будет стоять хижина-мечеть [2, с. 190]. Сказано это было без малого сто лет назад об Африке, однако современные реалии таковы, что многие христиане, особенно на Ближнем Востоке, подвергаются гонениям, а нередко и физическому истреблению со стороны представителей радикальных течений ислама. Стоит отметить, что в самой Европе сегодня христианство испытывает беспрецедентные нападки со стороны разного рода ультралиберальных организаций. И совсем уж пророчески в свете нынешнего миграционного кризиса звучат слова Шпенглера: «истинные французы в ближайшее время больше не будут хозяевами во Франции» [2, с. 187].

В заключение стоит отметить, что масштаб личности мыслителя определяется не только влиянием его идей на современников, но и их ценностью для потомков. В этом плане культурфилософское наследие Освальда Шпенглера, диагностировавшего глубокий кризис европейской цивилизации, подвергшего резкой критике интеллектуальное состояние западного общества, либерализм и процессы разрушения семьи, продолжает быть актуальным почти век спустя.

Список литературы

1. Лебон Г. Вчера и завтра. Сжатые мысли / Пер. с франц. В.А. Скибы.: МАКС Пресс, 2016. 176 с.

2. Шпенглер О. Годы решений / Пер. с нем. В.В. Афанасьева. М.: СКИМЕНЪ, 2006. 240 с.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕЖИССЕРСКОГО СТИЛЯ ЖАКО ВАН ДОРМАЛЯ (ЗВУКОВОЙ КОМПОНЕНТ)

Цицишвили Ю.Г.
доцент кафедры звукорежиссуры, канд. искусствоведения,
Краснодарский государственный институт культуры, Россия, г. Краснодар

В данной статье рассматриваются особенности звукового решения фильмов бельгийского кинорежиссера Жако Ван Дормаля.

Ключевые слова: режиссерский стиль, полистилистика, музыкальные цитаты, музыкальная драматургия, лейттематизм.

Жако Ван Дормаль – один из тех режиссеров, творческий почерк которых сложно определить в какие-либо стилевые рамки. Скорее всего, в этом и есть уникальность и стилистическая индивидуальность Ван Дормаля: в сочетании несочетаемого, в эклектике. В его фильмах «перемешаны» в гармоничном единстве лирика, ирония, гротеск, подчас перерастающий в полный абсурд происходящего, неоднозначность сюжетной трактовки, нарочитое упрощение подачи суждений и размышлений о высокоморальных и этических проблемах, помноженные на самобытность технических режиссерских решений.

Элемент насмешки, присутствующий в фильмах режиссера, по-видимому, связан с некоторыми фактами его биографии – известно, что Ван Дормаль начинал свою карьеру в качестве профессионального клоуна, не помышляя о кино. Так или иначе, несмотря на кажущуюся в отдельных случаях сумбурность повествования, переходящую в сарказм, фильмы Ван Дормаля неизменно приводят зрителя к позитивному итогу, т.е. решены они в традиции «happy end». Помимо того, режиссер довольно тщательно подходит к выбору тематики, к предварительной подготовке к сьемкам, ведь в своем активе на данный момент Жако Ван Дормаль имеет весьма незначительное в количественном отношении число полнометражных работ: в период с 1991 по 2017 год им снято лишь 4 картины («Тото-герой» 1991 г., «День восьмой» 1995 г., «Господин Никто» 2009 г., «Новейший завет» 2015 г.), но каждая из них отмечена престижными наградами и номинациями ведущих кинофестивалей.

Об эклектичности фильмов Ван Дормаля можно говорить как на общем, так и на местном уровне: принцип композиции их музыкальной драматургии –полистилистика. В звуковой партитуре работ режиссера можно найти причудливый микс из цитат классики, джаза, рока, современных поп-хитов и авторской музыки к фильму. Таким образом, здесь можно наблюдать своеобразную полижанровую, полистилистическую драматургию.

В драме «Господин Никто» (2009 г., Бельгия, Германия, Канада, комп. Пьер Ван Дормаль) поднимается вопрос выбора в широком смысле. Главный герой – последний смертный на Земле 118-летний Немо вспоминает факты из своей долгой биографии. Первая серьезная проблема выбора, возникшая на его пути, – выбор между решившими расстаться отцом и матерью. Далее выбор делается между тремя женщинами, он «прокручивает» историю своей жизни в ракурсе того, как бы она развивалась с каждой из них. Интересным моментом является то, что фильм так и не дает ответа зрителю, – какой выбор в итоге был сделан Немо.

Музыкальная композиция «Господина Никто» условно разделена на три части, соответствующие истории героя и имеющие соответствующий музыкальный контекст: жизнь с Анной, жизнь с Джин, жизнь с Элизой. Но в процессе развития сюжета «линии» начинают «перемешиваться», объекты и события из одной версии жизни проникают в другую, то же происходит и с музыкальным материалом. В звуковой партитуре картины мы находим сочинения Эрика Сати в соседстве с хитом Eurythmics «Sweet Dreams», Прелю-

дию C-dur Иоганна Себастьяна Баха – с «Every day» Buddy Holly, Simple Symphony для струнного оркестра Бенджамина Бриттена – с авторской музыкой Пьера Ван Дормаля[1] (брата режиссера), который был весьма известным джазовым музыкантом.

Философская комедия «Новейший завет» (2015 г., Бельгия, Франция, комп. Эн Пирле) демонстрирует своеобразный взгляд режиссера на высшее мировое устройство. Ирония, самоирония и вкрапления китчевой эстетики не умаляют идейный посыл автора: человеколюбие, зыбкость красоты и гармонии этого мира.

Сочетание сентиментальности и сарказма выстраивается в полистилистическую композицию звуковой партитуры фильма, которая была выпущена в виде отдельного саундтрека к картине. Разножанровая музыка бельгийской пианистки и композитора Эн Пирле, в которой есть и лирические эпизоды («Solid Rain Theme», «Jean-Claude Et Les Diseaux»), и гротескная маршевость («Girafes», «La Drache»), и загадочная звукоизобразительность («Dans La Machine À Laver»), и задумчивые инструментальные зарисовки («Le Temps Qui Passe»), и оптимистичные поп-треки («Play Me»), дополняет цитаты «серьезной» музыки Г. Генделя, Г. Персела, Ж.Ф. Рамо и Ф. Шуберта.

Главной героиней фильма выдвигается идея, что в любом человеке «играет» своя «внутренняя музыка». Она прислушивается и называет музыкальную характеристику каждого из шести апостолов, помогающих ей писать «Новейший завет». Поскольку апостолы представляют собой весьма «разношерстный» народ (среди них: бывший киллер, скучающая светская дама на склоне лет, мальчик, страдающей неизлечимой болезнью, но при этом мечтающий стать девочкой, и др.), то и «внутренняя музыка» у них достаточно разножанровая.

Так, одним из апостолов становится молодая девушка Арели. Она красива, умна, но несчастна и замкнута, потому что хранит тайну, о которой трудно догадаться с первого взгляда. В детстве вследствие несчастного случая – закружившись в танце на платформе метро, она потеряла руку. Музыкальной лейттемой Арели выступает Ария Альмирены «Lascia Ch'io Pianga» («Дай мне слезами выплакать горе») из оперы Г. Генделя «Ринальдо» (00:38:48). Рассказывая о себе, Арели вспоминает запавшие ей в душу слова случайного собеседника, поделившегося с ней своей «житейской мудростью»: «Жизнь – это ледовый каток, с которого можно ненароком упасть». Текст арии Генделя и история Альмирены, которая проходит через страдания прежде, чем обрести счастье, удивительным образом соотносятся с дальнейшей судьбой Арели: к концу фильма она находит и обретает взаимную любовь.

Музыкальная характеристика в прошлом известного путешественника, а в настоящем уставшего от рутинной работы в офисе Жан-Клода – это «Le

[1] Фильм «Господин Никто» – стал последней совместной работой творческого тандема режиссера Жако и композитора Пьера Ван Дормаля. К сожалению, Пьер не дожил до премьеры картины.

Rappel Des Oiseaux» («Перекликание птиц») Ж.-Ф. Рамо (00:45:35). Глядя на подлетевшего скворца, Жан-Клод задается вопросом, относящимся в полной мере и к нему: «Почему он (скворец) в парке, если может лететь куда захочет?». В финале фильма Жан-Клод обретает подобно птице внутреннюю свободу и возвращается к своей мечте: бросает работу и отправляется в кругосветное путешествие, став по-настоящему счастливым человеком.

Стремление к обретению счастья, к осознанию собственного Я – неизменная тема произведений Жако Ван Дормаля. Но для достижения внутренней гармонии герои картин режиссера должны преодолеть множество внешних и внутренних препятствий. Особенностями индивидуального режиссерского стиля становится слияние воедино тонкого юмора, нарочито наивной сентиментальности в подходе к освещению глобальных этических вопросов, желание в каждом фильме рассказать «все обо всем», что формирует сложную полистилистическую композицию фильмов Жако Ван Дормаля.

Список литературы

1. Полистилистика // Музыкальная энциклопедия и словарь. 2008-2012. Ver. 2. URL: www.music-dic.ru/html-music-keld/p/5313.html (дата обращения: 26.01.2017)

Подписано в печать 10.02.2017. Гарнитура Times New Roman.
Формат 60×84/16. Усл. п. л. 8,78. Тираж 500 экз. Заказ № 51
ООО «ЭПИЦЕНТР»
308010, г. Белгород, ул. Б.Хмельницкого, 135, офис 1
ИП Ткачева Е.П., 308000, г. Белгород, Народный бульвар, 70а