ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2012 • Том 2 • Выпуск 11
2012 • Volume 2 • Issue 11

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2012. Том 2. Выпуск 11 (Ноябрь)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор
В.М. Попков, ректор Саратовского государственного медицинского университета (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора
Ю.В. Черненков, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь
А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет
В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов).

Редакционная коллегия
Е.В. Андронов, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
О.М. Посненкова, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
И.Е. Рогожина, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов).

Руководитель Интернет-проекта
И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор
А.Н. Леванов (Россия, Саратов)
В.А. Шварц (Россия, Москва)

Адрес редакции:
410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com в ходе проведения Интернет-конференций.
Материалы публикуются в авторской редакции.
Сведения обо всех авторах находятся в редакции.
© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2012. Volume 2. Issue 11 (November)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief
V.M. Popkov, Rector of Saratov State Medical University (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor
Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary
A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee
V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia).

Editorial Board
E.V. Andronov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
I.V. Neyfeld, Ph.D., MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, Ph.D., MD (Saratov, Russia),
S.N. Potakhin, Ph.D., MD (Saratov, Russia),
I.E. Rogojina, Ph.D., MD (Saratov, Russia),
D.E. Suetenkov, Ph.D., MD (Saratov, Russia).

Head of the Internet Project
I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor
A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)
V.A. Schvartz, MD (Saratov, Moskow)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Всероссийская научно-практическая интернет-конференция студентов и молодых учёных с международным участием «YSRP-2012» («Young people and science: results and perspectives – 2012»)

Организатор: Общество молодых учёных и студентов ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России
Дата проведения: ноябрь 2012 г.

Акушерство, гинекология и неонатология ... 839

Иванова И.А. Анализ факторов риска развития герпетической инфекции у беременных ... 839

Тарасенко Ю.Н. Оптимизация комплексного лечения послеродового эндометрита на основе использования локальной антимикробной терапии ... 840

Биологическая химия ... 844

Ващенко И.С., Чеботарева Е.Г. Вклад Н.Н. Аничкова в создание холестериновой модели атеросклероза ... 844

Лаврентьев И.Е., Мишина Т.Н. Влияние пестицидов и металлов переменной валентности на выраженность окислительного стресса у животных ... 845

Гуманитарные науки ... 846

Ruban A.S., Rodioniva T.V. Herbal medicine among complementary and alternative medicine methods ... 846

Мамедова Н.Д., Нуржанова А.Б., Живайкина А.А. Анатомический рисунок: синтез науки и искусства ... 847

Алмаева Т.А., Гелевера Н.И. Значение и преодоление софизмов ... 848

Шунькина А.В. Бессмертие как проблема биомедицинских технологий ... 849

Горбачева Ю.В. Особенности нарушений самоотношения у больных неврозом ... 850

Ключевые слова: нарушения самоотношения, невроз ... 850

Скворцова В.В. Философия болезни ... 851

Белая Е.А. Внедрение искусственного интеллекта: философская проблематика ... 852

Ушакова В.В., Ершов О.О. Религиозность современного российского общества как фактор духовного обновления ... 853

Ниталиева Ж.Б. Великие ученые древности: Авиценна ... 854

Амрахова Э.А., Живайкина А.А. Чума как явление средневековой культуры ... 855

Ващенко И.С., Рыкалина Е.Б., Фахрудинова Э.Р. Индивидуализм в современном обществе ... 856

Матвеева Н.Н., Кузнецова М.Н. Взаимосвязь философии и личности ... 859

Кошелев П.О., Соколов А.В., Григорьев Н.С. Человек разумный в современном обществе: Pro et Contra ... 860

Андреева А.А., Приходько В.В. Проблема эвтаназии в современном обществе ... 861

Табачкова О.А. Союз философии и медицины ... 864

Арстангалиева З.Ж. Возраст как фактор здоровьесбережения ... 865

Андреев Д.А. Краеведение – основа патриотизма ... 866

Саакян М.Т. Соловьева И.В. Быстрое питание: заблуждения и опасности ... 867

Инфекционные болезни ... 868

Подвербецкая Е.В., Подвербецкий О.Я. Эффективность туберкулинодиагностики у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом легких ... 868

Еременчук И.В. Характеристика и влияние производных имидазола на микобактерии туберкулеза ... 869

Сотскова В.А., Абрамова Т.П. Оценка эффективности выявления ВИЧ-инфицированных в неврологических стационарах г. Саратова ... 870

Заяц Н.А., Казанцев А.В., Кормильцев В.В., Абрамкина С.С. Проблемы иммунопрофилактики в Саратовской области ... 871

Медико-биологические проблемы ... 873

Баландина И.А., Вайнер А.Б. Значение антропометрии в объективности оценки расстройств пищевого поведения ... 873

Матвеева Н.Н. Влияние современных технологий на память человека ... 875

Вакула Т.Н., Кремплевская С.П. Энергетические напитки: за или против? ... 877

Алипов В.В., Жданова А.С., Скачкова Н. В., Пономарёв В. В. Енин В. С., Моисеев Р. В. Диагностика и лечение моделированного рака печени у крыс в эксперименте ... 878

Великанов В.В., Великанова Т.С. Коррекция изменений линейной скорости кровотока в магистральных артериях экспериментальных животных непрерывным режимом терагерцевого облучения на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц ... 879

Фролова А.В., Родионова Т.И., Каргина Л.В., Орлова М.М. Клинико-лабораторная характеристика пациентов с гипоталамическим синдромом по г. Саратову ... 880

Медицинская и биологическая физика ... 881

Невзоров А.Ю.,Щербакова И.В. Полная адентия: выбор варианта лечения на основе компьютерного моделирования (in silico) ... 881

Морфология ... 883

Брилль Г.Е., Егорова А.В., Бугаева И.О., Штефанова Г.С. Влияние УВЧ-излучения на процесс структурной самоорганизации бактериального липополисахарида ... 883

Мамедова Н.Д, Уварова И.А. Гистофункциональные изменения легкого плода при воздействии свинца на материнский организм ... 886

Мудрак Д.А, Суворина О.В, Лукина Г.А. Половой диморфизм тотальных размеров тела студентов в возрасте 18-19 лет ... 887

Рыкалина Е.Б., Чехонацкий И.А, Лукина Г.А. Закономерности изменчивости тотальных размеров тела школьников в возрасте 12-18 лет ... 888

Скворцова В.В. Если бы не было эндотелия в сосудах, его нужно было бы выдумать… ... 889

Неврология, нейрохирургия и психиатрия ... 890

Ларькин И.И., Ларькин В.И., Преображенский А.С. Синдромы SCIWORA и SCIWONA в детском возрасте ... 890

Тараканова Е.А. Психиатрия и правовое законодательство ... 891

Раздорская В.В., Юдина Г.К. Ассоциации болезни Паркинсона и эссенциального тремора ... 892

Раздорская В.В., Юдина Г.К. Трансформация во времени дебютных форм болезни Паркинсона ... 893

Организация здравоохранения и история медицины ... 894

Наливаева А.В. Информационные технологии в медицине: доказанные факты и нерешенные проблемы ... 894

Куруптурсунов А.А. Анализ заболеваемости населения Саратовской области болезнями системы кровообращения ... 898

Бондаренко А.Е. Основные тенденции эпидемического процесса заболеваемости туберкулезом в Алтайском крае ... 899

Офтальмология и оториноларингология ... 900

Мареев Г.О. Исследование подвижности барабанной перепонки в модельном опыте ... 900

Гейвондян М.Э. Основные факторы развития осложнений со стороны лицевого скелета при эндодонтических вмешательствах на верхней челюсти ... 903

Педиатрия ... 908

Карелина В.С., Гаврилова Е.С. Заболевания щитовидной железы у детей с сахарным диабетом 1 типа ... 908

Сергеева О.В. Стратификация риска развития бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных ... 909

Санитарно-гигиенические проблемы окружающей среды ... 912

Бойко Л.П. Изменения медико-демографических показателей в Саратовской области за период 2010-2011 гг. ... 912

Вяткин И. Н., Вилкова Е. А., Логашова Н.Б. Канцерогены в промышленности на территории Саратовской области ... 913

Иванченко М.Н., Моисеев Р.В., Пономарёв В.В., Юдина Н.В. Информированность населения о роли и функциях витамина К в организме человека ... 914

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Бойко Л.П., Болотникова Ю.А., Логашова Н.Б. Актуальные аспекты формирования гигиенических знаний у населения Саратовской области 915

Галстян Г.А., Кочетков Н.В., Логашова Н.Б. Современные проблемы гигиены водных объектов и питьевого водоснабжения в Саратовской области 916

Седов Д.С., Махина В.И., Иванченко М.Н. Влияние электромагнитного излучения, создаваемого мобильными устройствами, на здоровье человека 918

Седов Д.С., Махина В.И., Иванченко М.Н. Влияние электромагнитного излучения, создаваемого персональным компьютером, на здоровье человека 920

Седов Д.С., Махина В.И., Иванченко М.Н. Трансгенные культуры: шаг в пропасть или путь к изобилию 923

Стоматология 926

Кириллова Т.В. Клинико-иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у больных с лимфомами 926

Грачева Е.В., Гриценко Е.А. Лечение кариеса озоном на начальных стадиях развития в молочных и постоянных зубах 928

Бахтеева Г.Р., Кузьмин А.С. Статистическое исследование травм челюстно-лицевой области 930

Кленкова М.И., Винник Е.В. Реабилитация пациентов на период ортопедического лечения при полном отсутствии коронковой части передней группы зубов 931

Илюхина М.О., Бизяев А.А., Коннов В.В., Масленников Д.Н., Прошин А.Г. Гигиенический статус пациентов, пользующихся зубными протезами с акриловыми и титановыми базисами 932

Егорова А.В., Бекирова Ф.М., Ларькина Е.А., Дудкина О.А. Ортодонтическая коррекция зубочелюстных аномалий у пациентов с общесоматической патологией (пангипопитуитаризмом) 934

Неловко Т.В., Мехтиева Р.Р. Методология герметизации фиссур зубов и сравнительная характеристика современных материалов для герметизации 936

Розалиева Ю.Ю., Розалиева И.Ю. Мониторинг силы сокращения круговой мышцы рта у лиц со сложно-челюстной патологией 939

Розалиева Ю.Ю. Использование миостабилизации для улучшения фиксации и стабилизации полных съемных протезов 940

Розалиева И.Ю., Розалиева Ю.Ю. Опыт применения устройства для фиксации частичных съемных протезов 941

Косарева В.В., Ратохина С.В., Бахтеева Г.Р. Особенности возникновения и течения фурункулов и карбункулов лица 942

Зотова А.С. Последовательная экстракция зубов как оперативный метод ортодонтического лечения 943

Терапия 945

Коньшина Л.Е., Леонтьев М.А., Рыжкова Е.Ю., Соколов И.М., Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А., Конобеева Е.В. Гастоэзофагеальноя рефлюксная болезнь и патология двенадцатиперстной кишки 945

Леонтьев М.А., Коньшина Л.Е., Рыжкова Е.Ю., Соколов И.М., Гафанович Е.Я, Железнякова Н.А., Конобеева Е.В. Частота сочетания язвенной болезни желудка и гастроэзофагельной рефлюксной болезни 946

Корсунова Е.Н., Коньшина Л.Е., Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А., Конобеева Е.В., Леонтьев М.А., Рыжкова Е.Ю. Тест КВАНТИФЕРОН-ТБ ГОЛД у пациентов с ревматоидным артритом 947

Семьянив И.О., Сливка В.И., Семьянив М.М. Оценка степени одышки у больных туберкулезом легких с бронхообструктивным синдромом по шкале Борга и MRC-тестом 948

Семенова О.Н., Наумова Е.А. Мотивационные потребности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями 949

Герман А.А., Бойко А.В. Способ лечения мультирезистентного туберкулеза 954

Богова В.С., Шелехова Т.В., Зайцева М.Р., Махонько М.Н., Шкробова Н.В. Патология желудка и двенадцатиперстной кишки по результатам медицинских осмотров 955

Богова В.С., Махонько М.Н., Шелехова Т.В., Шкробова Н.В., Зайцева М.Р. Опыт наблюдения за состоянием здоровья ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС 956

Богова В.С., Маркина Л.Ю., Шелехова Т.В., Шелест Ю.А., Евзерова Т.В. Лечение резистентных форм периферической Т-клеточной лимфомы 957

Богова В.С., Маркина Л.Ю., Шелехова Т.В., Евзерова Т.В. Лечение пожилых пациентов с хроническим В-лимфолейкозом 958

Баурина Ю.О. Суточные ритмы секреции гормонов щитовидной железы и кортизола у пациентов в фибрилляцией предсердий 959

Михель Н.Д, Шварц Ю.Г. Особенности личности и клинико-инструментальные показатели у пациентов с фибрилляцией предсердий 960

Урология и андрология 961

Морозов Д.А., Жарков Д.А., Райгородская Н.Ю., Фадеева О.Е. Пластика наружных гениталий при врожденной дисфункции коры надпочечников 961

Тарасенко А.И. Эффективность дистанционной литотрипсии на аппарате «Sonolith I-SYS» при неосложненном нефролитиазе 962

Тарасенко А.И. Значение определения прогностических факторов неблагоприятного течения послеоперационного периода при дистанционной ударно-волновой литотрипсии 963

Фармакология и фармация 964

Таширова О.А., Раменская Г.В. Изучение фармакокинетических свойств липофильных и гидрофильных производных тиамина 964

Курбатов Е.Р., Чупина Т.А., Власова Н.А., Коркодинова Л.М., Котегов В.П. Гипогликемическая активность замещенных амидов NH-Ароил-5-Бром(Йод)Антраниловых кислот 965

Хирургия 966

Погосян К.Л., Горемыкин И.В. Опыт применения метода Nuss для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей 966

Алипов В.В., Беляев П.А., Добрейкин Е.А., Урусова А.И. Оценка сочетанного применения наночастиц меди и низкоинтенсивного лазерного излучения на ожоговую рану в эксперименте 970

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Акушерство, гинекология и неонатология

ID: 2012-11-257-T-1709 Тезис

Иванова И.А.

Анализ факторов риска развития герпетической инфекции у беременных

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 120 женщин со сроками беременности 14-26 недель и проявлениями угрозы прерывания беременности герпетической этиологии (вызванной вирусом простого герпеса 1-го и 2-го серотипов, цитомегаловирусом), находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности МУЗ ГКБ №1 им. Ю.Я. Гордеева г. Саратова с 2010 по 2012 гг.

Следует отметить, что у беременных с герпетической инфекцией достаточно высока частота обнаружения экстрагенитальной патологии воспалительного генеза - инфекции мочевыводящей системы выявлены в 36,9%, хронический колит - в 14,4%, холецистит - в 17,8%, хронический тонзиллит - 39,4%, хронический бронхит -у 19,7% пациенток. Практически все обследованные женщины перенесли в детском возрасте вирусные инфекции, из них наиболее частой инфекцией была ветряная оспа (70%). Обращает на себя внимание тот факт, что практически все инфекции, перенесенные обследованными нами женщинами, относятся к вирусным (корь, краснуха, эпидемический паротит, ветряная оспа). Таким образом, учитывая массивную вирусную интервенцию еще в детстве, не исключено, что во время беременности индуцированные ранее изменения в иммунитете женщины явятся одним из факторов развития герпетической инфекции.

Останавливаясь на характере гинекологической патологии у беременных с герпетической инфекцией, следует отметить преобладание воспалительных заболеваний гениталъного тракта, в том числе кольпита (49,7%), псевдоэрозий шейки матки (37,8%) и хронического сальпингоофорита (39,4 %).

Выявленный нами факт наличия очагов острой или хронической инфекции у женщин с герпетической инфекцией свидетельствует о недостаточности специфических иммунологических механизмов защиты и неспецифических факторов резистентности у матери. Во всех этих случаях развитие инфекционно-воспалительного процесса может быть следствием иммунодефицитного состояния, что приводит к активации микрофлоры и создает потенциальную угрозу инфицирования плода.

Ключевые слова: факторы риска, герпетическая инфекция

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-257-A-1807 Оригинальная статья

Тарасенко Ю.Н.

Оптимизация комплексного лечения послеродового эндометрита на основе использования локальной антимикробной терапии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Резюме

Стабильный уровень заболеваемости послеродовым эндометритом в течение последних лет, несмотря на современные достижения фармакологии и улучшение оснащения родильных домов, диктует необходимость поиска новых методик лечения заболевания. В результате проведенного исследования усовершенствованна тактика ведения пациенток с послеродовым эндометритом на основе использования локальной санирующей программы.

Ключевые слова: послеродовой эндометрит, локальная санация

Введение

Гнойно-септические заболевания послеродового периода остаются одной из актуальных проблем современного акушерства во многих странах. Послеродовой эндометрит является наиболее распространенной формой послеродовой инфекции и вместе с тем одной из основных причин развития генерализованных форм инфекции, обуславливающих материнскую смертность [1,10,12]. Частота эндометрита после самопроизвольных физиологических родов составляет 1-5%, после патологических – 15-20%, после кесарева сечения – свыше 20% [3].

Использование антибиотиков при лечении инфекционной патологии в акушерстве позволило добиться снижения частоты тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний, однако на современном этапе одной из центральных проблем антимикробной терапии стала антибиотикорезистентность [6]. В работах последних лет убедительно доказано, что послеродовой эндометрит представляет раневую инфекцию [7,8]. Поэтому наряду с общим лечением не менее важным является местное воздействие на очаг воспаления в матке. Использование современных препаратов для местного лечения на всех этапах комплексного лечения позволяет сократить сроки системной антимикробной терапии и избежать формирования резистентности микрофлоры к используемым системным антибиотикам [2].

Нарушения цитокинового профиля и антиоксидантной защиты, эндотоксикоз не всегда могут быть устранены традиционными лекарственными препаратами, поэтому важным представляется поиск немедикаментозных средств, обладающих выраженным иммуномодулирующим действием [11] .

Большинство исследователей данной проблемы отмечают, что в современных условиях клиническое течение послеродового эндометрита, при сопоставлении с «доантибактериальной эрой», характеризуется абортивным течением, уменьшением выраженности общетоксических проявлений воспалительного процесса при сохранении местных симптомов, меньшей продолжительностью заболевания, редкой генерализацией [4,9].

В тоже время, несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов профилактики, широкое использование дополнительных лабораторных, инструментальных методов диагностики, разнообразие общих и местных воздействий при лечении послеродовых заболеваний, отчетливой тенденции к снижению их частоты не наблюдается [3], что диктует необходимость продолжения исследований в этом направлении.

Цель: повышение эффективности комплексного лечения послеродового эндометрита на основе использования локальной антимикробной терапии.

Материал и методы

Нами было проведено обследование 133 родильниц. 98 пациенток были госпитализированы в гнойно-септическое отделение МУЗ 1 ГКБ с диагнозом «послеродовой эндометрит» (ПЭ) легкой и средней степени тяжести. Пациентки с ПЭ были разделены на две группы, в зависимости от метода лечения: основная группа – 50 родильниц, которым наряду с традиционным лечением, проводилось аспирационно-промывное дренирование (АПД) полости матки при помощи разработанного нами маточного наконечника (патент на изобретение №2429792 от 27.09.2011 г.) с использованием 0,01% раствора мирамистина и курс внутриматочной лазеротерапии (ВЛТ) №5-7; группа сравнения – 48 пациенток с ПЭ, получавших общепринятую терапию. Контрольная группа – 35 родильниц с физиологическим течением пуэрперия.

Всем пациенткам, помимо общеклинического обследования, соответствующего стандартам обследования беременных и родильниц, поступающих в стационар, проводились дополнительные исследования, включающие микробиологическое исследование образцов метроаспирата с определением чувствительности к антибиотикам, цитологическое исследование метроаспиратов.

Функциональные методы исследования (динамический УЗ - скрининг матки при помощи прибора «HITACHI – 5500» с применением широкополосных, сверхвысокоплотных конвексных датчиков 3,5- 5,0 МГц и полостных датчиков 5,0 – 7,5 МГц, работающего в реальном масштабе времени, с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков).

С целью оценки эффективности проводимой терапии проводили определение показателей эндогенной интоксикации (МСМ, ЦИК, эндотоксин сыворотки крови).

Концентрацию МСМ в крови определяли экстракционно-спектрофотометрическим способом в модификации Н.И. Габриелян и соавт., 1985. Измерение проводили на спектрофотометре СФ-46 в УФ - свете при длине волны 254 нм и 280 нм. Уровень МСМ выражали в единицах, количественно равных показателям экстинкции.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в периферической крови проводили путем преципитации их в 4.16% р-ре полиэтиленгликоля и последующего фотометрирования на спектрофотометре. Содержание ЦИК выражается в единицах оптической плотности х 100.

Уровень общего эндотоксина определялся в сыворотке крови пациенток методом активированных частиц (МАЧ – Endotox spp.), разработанным в НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН (решение комитета по новым медицинским технологиям МЗ РФ от 24.03.2003г.), с помощью стандартных наборов. Чувствительность метода - до 4 пг/мл ЛПС E.Coli или Sal. typhi. Специфичность метода составляет 98,7 - 99,2%. Определение показателей эндогенной интоксикации осуществляли при поступлении до проведения комплексной терапии эндометрита и на 5-7 день проводимого лечения.

Стандартная терапия родильниц с эндометритом в обеих группах включала использование: антибактериальных препаратов широкого спектра действия в течение 5-7 дней (цефтриаксон в/м или в/в 2-4 г./сут., в сочетании с метронидазолом 500 мг. в/в 2 р/сут.); инфузионных сред (растворы глюкозы (5%), гидроксиэтилированного крахмала (рефортан 6% или 10%), изотонический раствор (0,9% хлорида натрия) в суточной дозе до 1000-1500 мл по показаниям в зависимости от тяжести заболевания; утеротонических средств (окситоцин по 5 ЕД 2 раза в день в/м в сочетании с 2% раствором папаверина по 2 мл в течение 4-5 дней); вакуум - аспирации содержимого матки (при наличии расширенной полости матки более 15 мм при УЗИ); гистероскопии (при подозрении на наличие остатков плацентарной ткани по данным УЗИ); иммунокорригирующей терапии (ректальные суппозитории «Виферон» 1 млн. МЕ 2 раза в сутки 10 дней).

Результаты

Анализ особенностей течения ПЭ в современных условиях показал, что в большинстве случаев отмечается поздняя манифестация заболевания с развитием стертых и атипичных форм, при этом характерно несоответствие выраженности клинических проявлений и степени тяжести патологического процесса, что затрудняет своевременную диагностику и лечение заболевания.

При бактериологическом исследовании метроаспиратов родильниц с ПЭ наиболее часто встречались энтерококки (34,67%), стафилококки (32,63%), кишечная палочка (27,54%). Возбудителями послеродового эндометрита выступала флора, определяющаяся в составе биотопа влагалища, таким образом, можно говорить об активации условно-патогенной флоры и последующем восходящем инфицировании.

В большинстве случаев в посевах были выявлены монокультуры (56,14%). В 42,86% (n=42) случаев были выявлены ассоциации микроорганизмов, в том числе Staphylococcus epidermidis+ Escherichia coli(n=6), Staphylococcus epidermidis + Enterococcus faecalis(n=3), Streptococcus anginosus + Escherichia coli (n=2), Staphylococcus aureus + Corynebacterium urealyticum (n=2), Staphylococcus epidermidis + Corynebacterium amycolatum (n=2). У родильниц с ПЭ высокая степень микробиологической контаминации (>10^5 КОЕ/мл) полости матки отмечалась в 64,29%.

На момент поступления среди родильниц, заболевших ПЭ, в подавляющем большинстве случаев (в 80,6%) выявлены воспалительные изменения цитоморфограмм дегенеративно-некротического типа. Цитологическая картина метроаспиратов соответствовала степени тяжести воспалительного процесса, при легком течении отмечались дегенеративно-воспалительные и, в редких случаях, регенеративные изменения цитоморфограмм, при среднетяжелом – дегенеративно-некротические. Таким образом, при развитии эндометрита имеет место нарушение течения раневого процесса пуэрперия с интенсификацией воспалительных изменений.

Среди родильниц, заболевших ПЭ, отмечалось повышение показателей эндогенной интоксикации. Значения ЛИИ среди родильниц с ПЭ в 1,5 раза превышали показатели здоровых родильниц (p<0,05).

Проведенное исследование позволило получить данные об особенностях ключевого биохимического маркера эндотоксикоза - МСМ у родильниц, заболевших ПЭ. При этом мы установили достоверное увеличение их содержания в кровяном русле среди пациенток с ПЭ в 1,6 раза, свидетельствующее о влиянии эндогенных факторов в развитии эндотоксикоза при пуэрперальном эндометрите (p<0,05).

Таблица 1. Динамические изменения показателей эндогенной интоксикации на фоне проводимого лечения у больных с ПЭ (M±m)

Исследуемый показатель	Группы обследуемых женщин				
	Основная группа (n = 50)		Группа сравнения (n = 48)		Контрольная группа (n = 35)
	При поступлении	7 сутки лечения	При поступлении	7 сутки лечения	
ЛИИ (усл.ед.)	1,95±0,07	1,019±0,02* Рк>0,05	2,04±0,06	1,45±0,03*+ Рк>0,05	1,0 ±0,3
МСМ (опт.ед.)	0,411±0,04	0,26±0,02* Рк>0,05	0,419±0,05	0,32±0,05+ Рк<0,05	0,24±0,02
ЦИК (опт.ед.)	68,9±0,94	56,52±0,48* Рк>0,05	70,96±2,9	61,23±0,83*+ Рк<0,05	54,48±1,98
Эндотоксин сыворотки крови (пг/мл)	21,18±3,0	4,8±0,98* Рк>0,05	21,44±3,13	9,0±1,05*+ Рк<0,05	6,5±1

Примечание: * – показатели имеют достоверные различия со значениями до лечения, p< 0,05;
+ – показатели имеют достоверные различия с основной группой, p< 0,05;
Рк<0,05 – полученные данные статистически значимы при сравнении с контрольной группой;
Рк>0,05 – полученные данные не достоверны при сравнении с группой контроля.

При послеродовом эндометрите отмечается усиление иммунопатологических реакций, которые приводят к развитию эндотоксикоза. При этом уровень ЦИК, среди заболевших ПЭ, был в 1,3 раза выше значений здоровых родильниц (p<0,05).

Полученные данные об уровне эндотоксина позволяют сделать вывод о том, что при послеродовом эндометрите наблюдается увеличенное поступление эндотоксина в кровоток и снижение антиэндотоксинового иммунитета, что приводит к развитию

эндотоксиновой агрессии. Среди заболевших ПЭ уровень эндотоксина сыворотки крови в 2,3 раза превышал показатели здоровых родильниц (p<0,05).

Таким образом, повышение показателей эндогенной интоксикации среди родильниц с ПЭ можно считать дополнительным диагностическим критерием при оценке тяжести течения заболевания и контроля качества проводимой терапии.

Ультразвуковое исследование, проведенное на момент поступления, позволило выявить изменения, характерные для послеродового эндометрита 93,88% случаев, при этом признаки субинволюции отмечались в 83,63%.

Обсуждение

Анализ клинической эффективности проводимой терапии позволил выявить более быстрые темпы купирования симптомов послеродового эндометрита в основной группе. При оценке достоверности различий показателей температурных кривых по критерию Манна – Уитни – Вилкоксона было выявлено, что имелись достоверные различия (p<0,05) температурных показателей на 3-е и 5-е сутки лечения между пациентками основной группы и группы сравнения.

Купирование болевого синдрома среди родильниц основной группы и группы сравнения отмечалось на 2,0±0,1 и 3,18±0,2 день соответственно (p<0,05).

Субъективные симптомы исчезали на 3-4 сутки проводимой терапии среди родильниц основной группы, в то время как в группе сравнения на 5-6 сутки (p<0,05) .

Степень снижения обсемененности матки в результате проводимой санации в значительной степени зависела от ее первоначального уровня. Сравнительный анализ результатов лечения позволил выявить, что использование разработанной нами методики среди родильниц с высоким уровнем бактериальной контаминации способствовало ее снижению в среднем на 3-4 порядка к третьей процедуре. В то же время среди пациенток, местное лечение которых ограничивалось лишь лаважем матки, отмечено падение исследуемых параметров на 2-3 порядка, в сравнении с исходными данными. При исходно невысоком уровне бактериальной обсемененности проведение АПД с использованием 0,01% раствором мирамистина в сочетании с ВЛТ обеспечивало стерильность матки к третьей процедуре.

На 7-й день терапии полное отсутствие роста микроорганизмов наблюдалось у 90% родильниц основной группы, среди пациенток группы сравнения микрофлора не обнаружена в 61,4% (p<0,05).

В ходе лечения констатировано существенное уменьшение высеваемости микрофлоры у пациентов основной группы на 3-е сутки. При этом у родильниц, в комплексном лечении которых при проведении АПД в сочетании с ВЛТ использовался 0,01%раствор мирамистина, отмечено достоверное снижение микробиологической контаминации полости матки к 3-м суткам в сравнении с группой родильниц, получавших лаваж с применением 0,02% раствора фурацилина (p<0,05).

Полученные данные позволяют сделать выводы о явном антимикробном действии 0,01% раствора мирамистина на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы при лечении послеродового эндометрита.

Анализ полученных данных цитологического исследования метроаспиратов в динамике позволяет сделать вывод о том, что применение в качестве антисептика 0,01% раствора мирамистина в сочетании с внутриматочной лазеротерапией способствует более быстрому переходу дегенеративно-некротических изменений в дегенеративно-воспалительные, и в последующем – в регенеративные I типа (p<0,05).

При анализе расчетов ЛИИ среди пациенток основной группы и группы сравнения на 7-е сутки проводимого лечения выявлена положительная динамика, при этом в основной группе отмечалась нормализация показателя, в то время как значения группы сравнения не достигали нормальных значений.

Исследование уровня молекул средней массы, проведенное после лечения, выявило уменьшение абсолютных значений средних величин в сыворотке крови в сравнении с исходными показателями. Наиболее выраженное изменение уровня средне - молекулярных пептидов отмечено в группе родильниц, получивших в комплексе проводимой терапии курс локальной санирующей программы с использованием 0,01% раствора мирамистина (до лечения 0,411±0,04 ед.; после лечения 0,26±0,02 ед.; p<0,05). При этом концентрация уровня МСМ статистически не отличалась от показателей в контрольной группе (0,24±0,02 ед., Рк>0,05). В группе родильниц с ПЭ, в комплексном лечении которых использовался стандартный комплекс лечебных мероприятий, изменение уровня МСМ в периферической крови было менее выражено (до лечения 0,419±0,05 ед., после лечения 0,322±0,05 ед.; p<0,025), оставаясь при этом выше нормальных значений (Рк<0,05).

Проведенный математический анализ по критерию Манна – Уитни – Вилкоксона позволил установить, что наиболее отчетливое достоверное уменьшение концентрации ЦИК в кровяном русле после проведенной терапии, наблюдали среди пациенток основной группы (до лечения 68,9±0,94 усл. ед.; после терапии 56,52±0,48 усл. ед.; p< 0,05). В группе сравнения также констатировано снижение данного показателя в динамике (с 70,96±2,9 усл. ед.; до 61,23±0,83 усл. ед.; p< 0,05). Вместе с тем, при использовании стандартного подхода в лечении ПЭ, уровень ЦИК оставался выше контрольных значений (Рк <0,05) и превышал данный показатель в основной группе.

Определение уровня эндотоксина в динамике выявило, что уже к 3-м суткам проводимого лечения среди пациенток основной группы отмечается достоверное уменьшение концентрации уровня эндотоксина (до лечения 21,18±3 пг/мл, на 3-е сутки 11,4±0,9 пг/мл; p<0,05) в сравнении с исходными значениями, на 5-е сутки госпитализации наблюдается нормализация показателя (7,2±0,7 пг/мл) и сопоставима с данными контрольной группы (p>0,05). В группе сравнения также отмечалось статистически достоверное, хотя менее отчетливое, снижение содержания эндотоксина к 5-м суткам проводимого лечения (при поступлении 21,44±3,13 пг/мл, 5-е сутки 12,68±2 пг/мл; p<0,05), однако, в рамках госпитализации исследуемый показатель остался достоверно выше значений группы контроля (9,375±1 пг/мл).

Применение активного аспирационно-промывного дренирования полости матки с использованием 0,01% раствора мирамистина в сочетании с внутриматочной лазеротерапией способствовало достоверному снижению показателей эндогенной интоксикации при сравнении с традиционно применяемым лечением (p<0,05) (табл. 1).

В качестве совокупного критерия, отражающего инволютивные изменения гистерометрических показателей послеродовой матки, мы использовали определение объема матки по формуле Стрижакова А.Н. и данные о размере полости матки. В ходе

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

исследования выявлены статистически значимые различия по вышеуказанным критериям среди родильниц основной группы и группы сравнения.

Среди пациенток основной группы в результате проведенного лечения отмечалось уменьшение объема матки на 67,5±3,76%, а в группе сравнения – на 56,2±2,38%, уменьшение переднезаднего размера полости составило 67±3,71% и 55±2,33% соответственно.

В основной группе средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 7,36±0,32 койко-дней, достоверно отличаясь от аналогичного показателя группы сравнения – 9,58±0,43($p<0,05$).

Заключение

Анализ полученных результатов лечения выявил, что использование аспирационно-промывного дренирования полости матки с применением 0,01% раствора мирамистина в сочетании с ВЛТ, в комплексном лечении ПЭ оказывает положительное влияние на качественный и количественный состав микрофлоры полости матки. Воздействие НИЛИ вызывает активацию обменных процессов в тканях, уменьшение интерстициального и внутриклеточного отека, что способствует выраженному клиническому улучшению.

Среди родильниц, прошедших разработанный курс локального воздействия в комплексе с проводимой терапией отмечалось улучшение общего состояния, купирование болевого синдрома, более выраженные инволютивные изменения матки, исчезновение патологических лохий. Нормализация фаз воспалительного процесса подтверждена цитологически, а снижение микробиологической контаминации полости матки в ходе проведенного лечения препятствовало генерализации инфекции и формированию затяжного течения заболевания.

Литература

1. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии / В.И. Кулаков, Б.Л. Гуртовой, А.С. Анкирская [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. - №1. – С.3-6.
2. Блатун Л.А. Местное медикаментозное лечение ран // Хирургия. –2011. – №4. – С.51-59.
3. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.: Триада-Х, 2004. – 127 с.
4. Диагностика и лечение послеродового эндометрита / В.С. Горин, В.Н. Серов, Н.Н. Семеньков [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2001. – N 6. – С. 10-14.
5. Касабулатов Н.М., Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И. Диагностика, лечение и профилактика послеродового эндометрита // Акушерство и гинекология. – 2006. – №5. – С. 5-8.
6. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Послеродовые инфекционные заболевания. – М. : Медицина, 1984. – 159 с.
7. Куперт М.А., Куперт А.Ф., Солодун П.В. Цитология маточных лохий при эндометритах после родов // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2004. – Т.1. – №2. – С.172-175.
8. Никонов А.П. Послеродовый эндометрит как проявление раневой инфекции (патогенез, принципы диагностики и рациональной терапии): автореф. дис. … д-ра мед. наук. – М., 1993. – 47 с.
9. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита / В.С. Горин, В.Н. Серов, Л.А. Бирюкова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – №1. – С. 15.
10. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии // Акушерство и гинекология. – 2007. – №5. – С. 8-12.
11. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (клинические аспекты и рецептура). – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 208 с.
12. Чернуха Е.А., Стругацкий В.М., Кочиева С.К. Наш опыт ведения послеродового периода у женщин группы высокого риска // Акушерство и гинекология. – 2000. – №2. – С. 47-50.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Биологическая химия

ID: 2012-11-2076-T-1722 Тезис

Ващенко И.С., Чеботарева Е.Г.

Вклад Н.Н. Аничкова в создание холестериновой модели атеросклероза

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра биологической химии

На сегодняшний день в мире смертность населения, вызванная заболеваниями сердечно-сосудистой системы, обусловленными атеросклерозом остается достаточно высокой, в России этот показатель значительно превышает общеевропейский.

Как пишет, академик Евгений Чазов: «История изучения атеросклероза — это история творчества нескольких поколений врачей и ученых. Труд десятков, сотен исследователей «по камешкам», как фундамент здания, формировал истину о механизмах развития и лечения атеросклероза».

Пионером в этой области исследований является крупный российский ученый Н.Н. Аничков. Первые результаты своих исследований Н.Н. Аничков совместно с С.С. Халатовым представили 100 лет назад в 1912 г. на заседании Общества русских врачей в Санкт-Петербурге. Идея о том, что виной всему является избыток питательных веществ в пище, явилась поистине революционной. В последующем была доказана связь между уровнем холестерина и сердечно-сосудистой смертностью как финальным проявлением атеросклероза.

Научная деятельность Н.Н. Аничкова неразрывно связана с отделом патологической анатомии Института экспериментальной медицины (ИЭМ), заведующим которого он проработал с 1920 г. вплоть до своей смерти в 1964 г. Здесь были изучены морфологические изменения коронарных артерий при атеросклерозе, показана возможность полной регрессии липидных пятен у кроликов с экспериментальным атеросклерозом, доказана причастность моноцитов к образованию липидного пятна. В 1962 г. в ИЭМ была создана лаборатория А.Н. Климова, где исследовались биохимические механизмы липидного обмена. Благодаря Н.Н. Аничкову атеросклероз стал самостоятельной нозологической единицей.

Холестериновая модель атеросклероза и на сегодняшний день остается актуальной, на ее базе строятся дальнейшие исследования. Крупный биохимик Daniel Steinberg (США) писал: «Если бы истинное значение его находок было своевременно оценено, мы сэкономили бы более 30 лет в длительной борьбе за холестериновую теорию атеросклероза, а сам Аничков мог бы быть удостоен Нобелевской премии».

Ключевые слова: атеросклероз, холестериновая модель, Аничков Н.Н.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-2076-T-1850 Тезис

Лаврентьев И.Е., Мишина Т.Н.

Влияние пестицидов и металлов переменной валентности на выраженность окислительного стресса у животных

ГБОУ ВПО Оренбургская ГМА Минздрава России

В последние десятилетия пестициды стали необходимой составляющей сельскохозяйственного производства. Широко применяемый почвенный гербицид 2,4-дихлорфеноксиуксусная кислота (2,4-Д) образует токсичные метаболиты, активирующие перекисное окисление липидов. Так же широко применяются тяжелые металлы. Целью исследования было изучение сочетанного влияния пестицидов и катионов железа на выраженность окислительного стресса у животных.

Экспериментальные исследования выполнены на 100 взрослых крысах-самцах линии Вистар массой 250-300 г. Животные были разделены на 4 группы и содержались на стандартном пищевом рационе. 1-я группа являлась контролем (n=24) и потребляла бутилированную воду из местных артезианских источников. 2-й группе (n=26) на протяжении 45-и суток в питьевую воду добавляли Fe^{2+} из расчета 0,5 ПДК, 3-й группе (n=24) 2,4-Д из расчета 0,5 ПДК, 4-й группе (n=26) с питьевой водой получали смесь 0,5 ПДК железа (П) и 0,5 ПДК 2,4-Д. Интенсивность процессов липопероксидации определяли по уровню диеновых коньюгатов и малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови и тканях сердца и печени. В супернатанте определяли содержание МДА и уровень диеновых конъюгатов (ДК)

Концентрация ДК увеличилась на 18% в группе, получавшей Fe^{2+}, на 37% в группе с сочетанным применением веществ и практически не изменилась в сыворотке крови животных группы, употреблявшей 2,4-ДА. Концентрация МДА в сыворотке повысилась на 14, 26 и 53% во 2, 3 и 4-й группах соответственно относительно интактной группы.

В гомогенатах сердца концентрация ДК практически не изменилась в группах с раздельным применением веществ и увеличилась на 15% при их совместном применении, содержание МДА увеличилось на 11 и 6% в группах, употреблявших железо и 2,4-ДА соответственно, на 57% при совместном применении относительно контроля.

В тканях печени уровень ДК вырос во 2-й и 4-й группах, употреблявших Fe^{2+} и сочетание веществ, примерно на 16%, в группе, принимавшей 2,4-ДА, остался на прежнем уровне. Также отмечена тенденция к повышению уровня МДА на 14-17% в группах с раздельным употреблением веществ и на 46% в группе с совместным употреблением по сравнению с интактной группой. Отмечена общая зависимость к повышению концентраций МДА и ДК в опытных группах, особенно значительная в группе, где животные подвергались сочетанному воздействию изучаемых соединений.

В целом можно сделать вывод, что поставленные ранее задачи были выполнены, а полученные результаты свидетельствуют о том, что при оценке возможных последствий загрязнения окружающей среды следует принимать во внимание не только содержание поллютантов, но и их сочетание.

Ключевые слова: тяжелые металлы, окислительный стресс, пестициды

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Гуманитарные науки

ID: 2012-12-27-T-1855 Тезис

Ruban A.S., Rodioniva T.V.

Herbal medicine among complementary and alternative medicine methods

Saratov State Medical University, Foreign languages department

Alternative medicine methods may incorporate or base themselves on traditional medicine, folk knowledge, spiritual beliefs, or newly conceived approaches to healing. The major complementary and alternative medicine systems have many common characteristics, treating the whole person, including a focus on individualizing treatments, promoting self-care and self-healing, and recognizing the spiritual nature of each individual. Complementary and alternative medicine often lacks or has only limited experimental and clinical study. However, scientific investigation of these methods is beginning to address this knowledge gap.

There are some systems of alternative medicine: Traditional Chinese Medicine (based on five elements and acupuncture); Ayurveda (Indian traditional Medicine based on the mind-body-spirit connection); Homeopathy (European traditional Medicine based on the ancient law of similar); Naturopathy (a system that is based on the precepts of a medical regimen of hydrotherapy, exercise, fresh air, sunlight, and herbal remedies). All these systems include special techniques. One of the most wide-spread of them is herbal medicine. Herbal medicine is called botanical medicine or phytomedicine. It refers to using a plant's seeds, berries, roots, leaves, flowers or bark for medicinal purposes. Whole herbs contain many ingredients, and they may work together to produce a beneficial effect. Many factors determine how effective a herb may be. For example, the type of environment (climate, soil quality, microbes) in which a plant is grown, harvested and processed will by all means affect it. Herbal supplements, unlike prescription drugs, can be sold without being tested to prove they are safe and effective. However, herbal supplements must be made according to good manufacturing practices.Herbal medicine is used to treat many conditions, such as asthma, eczema, premenstrual syndrome, rheumatoid arthritis, migraine, menopausal symptoms, chronic fatigue, irritable bowel syndrome, cancer and so on.

Key words: alternative and herbal medicine, ayurveda, homeopathy, naturopathy

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-27-T-1738 Тезис

Мамедова Н.Д., Нуржанова А.Б., Живайкина А.А.

Анатомический рисунок: синтез науки и искусства

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

В культуре существуют два способа образного отражения мира: реалистический и условный. Образцом реалистического изображения тела человека является анатомический рисунок. Определение значения анатомического рисунка в истории живописи и медицины составляет цель настоящего исследования. Реализации поставленной цели соответствуют следующие задачи:

- Выявить жанр анатомического рисунка и проследить его развитие,
- Обозначить вклад великих художников и врачей в развитии данного жанра,
- Сравнить и выявить отличия пластической анатомии от медицинской,
- Указать образовательное значение художественного кружка на кафедре анатомии человека СГМУ.

В результате исследования были получены следующие **выводы:**

1. Общие представления о пластике, красоте формы человеческого тела существовали с глубокой древности. В особенности они были развиты в античном искусстве. Но база для создания современной анатомии была заложена в эпоху Возрождения.
2. Развитие анатомического рисунка есть подтверждение господства человека в живописи.
3. В своем развитии этот жанр живописи отразил не только развитие представлений человека о своем строении, но и культурные особенности конкретной эпохи.
4. Анатомический рисунок выражает потребность человека в знаниях: чтобы изобразить внешность человека, необходимо знать его строение.
5. Анатомические рисунки великих художников (Л. Да Винчи, А. Везалий, Микеланджело, А. Дюрер, Л. Б. Альберти, М. Шеин, С. Ушаков) - существенный вклад в развитие не только искусства, но и медицины.
6. Овладение техникой анатомического рисунка способствует глубокому изучению морфологии человека.
7. Образовательное значение работы в художественном кружке заключается в эстетическом воспитании, в развитии художественного восприятия окружающих предметов, формировании синтетического мышления.

Ключевые слова: культура, искусство, живопись, анатомический рисунок, медицина

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-27-T-1744 Тезис

Алмаева Т.А., Гелевера Н.И.

Значение и преодоление софизмов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Софизм – (от греческого sophisma, «мастерство, умение, хитрая выдумка, уловка») – умозаключение или рассуждение, обосновывающее какую-нибудь заведомую нелепость, абсурд или парадоксальное утверждение, противоречащее общепринятым представлениям. Софизм основан на преднамеренном, сознательном нарушении правил логики, т. е. это утверждение, в доказательстве которого кроются незаметные, а подчас и довольно тонкие ошибки.

«Правильно понятая ошибка – это путь к открытию» (И.П. Павлов).

Возьмем в пример высказывание софиста о лекарствах: «Лекарство, принимаемое больным, есть добро. Чем больше делать добра, тем лучше. Значит, лекарств нужно принимать как можно больше».

Очень часто понимание ошибок в софизме ведет к пониманию смысла в целом, помогает развивать логику и навыки правильного мышления. Если нашел ошибку в софизме, значит, ты ее осознал, а осознание ошибки предупреждает от ее повторения в дальнейших рассуждениях. Так, во-первых, далеко не все лекарства полезны; во-вторых, даже нужные лекарства обладают рядом побочных эффектов, т.е. они полезны относительно; в-третьих, передозировка биологически-активным веществом опасна для здоровья; в-четвертых, лекарства должны принимать только больные люди, соответственно акт принятия лекарства не есть норма, не говоря уже о благе. Также, производство лекарственных препаратов направлено на получение прибыли, поэтому многие лекарства купируют симптомы, а не устраняют причину заболевания. Наконец, не человеку определять, что есть добро и зло, т.к. эти понятия существуют обособленно от него.

Таким образом, софисты-очень грамотные и изворотливые люди, которые выходят из споров победителями за счёт своего красноречия. Очень важно, чтобы человек, понимающий смысл определённых вещей, мог владеть Словом так, чтобы с точностью и доступностью довести его до других людей, исключая возможность софистических заблуждений.

Зачем уметь предотвращать ошибки в рассуждениях и словах? Естественно, чтобы избежать ошибок в делах, чтобы иметь твёрдую почву под ногами и не быть марионеткой в руках искусного мастера. Человечество помнит множество плачевных примеров следования вслепую за диктатором с навыками убеждения, стремящегося к властвованию и геноциду.

Такие рассуждения всегда следует заканчивать цитатой. Все мысли уже когда-то были сказаны до нас намного лучше, так что лучше позаимствовать у великих: «Людям, которые желают идти верной дорогой, важно также знать и об отклонениях» (Аристотель).

Ключевые слова: софизмы

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-35-T-1745 Тезис

Шунькина А.В.

Бессмертие как проблема биомедицинских технологий

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Проблема скоротечности жизни волновала сознание человека во все времена. Природе человека одновременно присущи и страх перед смертью, и желание обрести бессмертие. Бессмертными были боги из «Илиады» и «Одиссеи» Гомера, струльдбруги Д. Свифта, Кащей Бессмертный в русских народных сказках, Волан-де-Морт Д. Роулинг, граф Дракула Д. Стокера. Примечательно, что вечную жизнь обретают, как правило, отрицательные герои. В этом прослеживается негативное отношение людей к бессмертию. Цель данного исследования – проследить попытки решения проблемы бессмертия в науке.

Посредством анализа научных теории было выявлено две стратегии достижения бессмертия.

Согласно первой, генетики научатся «выключать» гены старения, медикаментозное лечение станет более эффективным, продолжительность жизни возрастет до 250 лет. Таким образом, Человек разумный станет Человеком бессмертным.

В соответствии со второй стратегией, человек как биологический вид будет заменен на искусственно созданного в результате достижений генной инженерии и информационных технологий. Новые люди смогут улучшать тело имплантантами, искусственно размножаться, функционирование систем органов контролируется микророботами. В результате человек будет постоянно молодым и здоровым, и сможет жить вечно.

Если предположить, что задача достижения бессмертия успешно решена наукой, то перед человечеством неминуемо возникнут новые проблемы:

- разрушение окружающей среды, продовольственная проблема;
- обострение демографической проблемы;
- депрессии;
- изменения сознания людей, утрата ценности жизни;
- деградация человечества, в отсутствии стимулов для совершенствования и творчества.

В итоге, человечество стремится достичь физического бессмертия, которое повлечет разрушение самого человечества. Науке необходимо переосмыслить и подвергнуть оценке значение бессмертия.

Ключевые слова: бессмертие, трансгуманизм, прогресс, деградация

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-1151-T-1746 Тезис

Горбачева Ю.В.

Особенности нарушений самоотношения у больных неврозом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Изучение эмоционально-ценностного отношения личности к себе актуально благодаря тому, что представления о природе самоотношения дополняются и уточняются. Самоотношение - личностный смысл «Я», проявляющийся в сознании личности как ее отношение к собственному образу «Я». В основе самоотношения лежит оценка личностью собственных черт. Процессы оценивания себя участвуют в формировании и в механизмах невротического расстройства, накладывают отпечаток на клинические его проявления и поведение больных.

Наше исследование посвящено изучению характера нарушений самоотношения невротической личности. Обьектом исследования являются пациентки 15 отделения ГУЗ «Саратовская областная психиатрическая больница святой Софии». Предметом исследования стали особенности нарушения самоотношения у больных неврозом. При проведении исследования были использованы следующие методы: наблюдения, беседы, тестирование с использованием опросника самоотношения (В.В.Столин, С.Р.Пантилеев). Гипотеза исследования: особенностями нарушения самоотношения у больных неврозом являются внутренняя конфликтность и выраженная тенденция к самообвинению.

Результаты проведенного опросника самоотношения В.В. Столина показали, что по шкале самоуважение только 45 % респондентов набрали высокий балл, у 55 % данный признак не выражен. У 50 % пациенток низкие оценки по шкале «аутосимпатия». У 60 % респондентов выражено ожидание положительного отношения от других. Признак самообвинение ярко выражен у 60 % и выражен у 25 %. По шкале «самопонимание» низкий балл у 55%. Проанализировав результаты тестирования можно сделать следующие **выводы**:

1) Исследуемой группе больных неврозом в большей степени присущ уничижительный тип самоотношения.
2) Подавляющее количество испытуемых – испытуемые с высоким уровнем самообвинения. Самообвинение выражается в постановке себе в вину собственных неудач, недостатков (явных и мнимых), отсутствии симпатии к себе.
3) Большинство испытуемых показали низкие значения показателя «самоуважение». Человек с низким самоуважением – это человек с устойчивым чувством неполноценности, отличается неустойчивым внутренним миром. Таким образом, особенностями нарушения самоотношения у больных неврозом являются высокий уровень самообвинения и невыраженное самоуважение.

Ключевые слова: нарушения самоотношения, невроз

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-2164-T-1750 Тезис

Скворцова В.В.

Философия болезни

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Если обратить внимание на картину патологического процесса, условия его возникновения и распространения, а главное – исход, не всегда соответствующего желаниям больного, то возможно отметить некоторые закономерности. А там, где возможно наблюдать закономерность, но смысл, суть предмета еще необходимо раскрыть, находятся зачатки философского мышления.

В основе отношений болезни и живого организма – противоборство, взаимоотрицание, но в то же время – взаиморазвитие. Эта связь абсурдна в своей основе, ведь абсурд по представлениям экзистенциалистов являет собой связь между человеческой сущностью и иррациональностью окружающего мира. Абсурд по взглядам Альбера Камю есть ни что иное, как «ясный разум, осознающий свои пределы», а абсурдный человек «признает борьбу, не испытывая ни малейшего презрения к разуму и допускает иррациональное... его взгляд охватывает все данные опыта, и он не предрасположен совершать скачок, не зная заранее его направления…он знает одно: в его сознании нет больше места надежде…» (Альбер Камю. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде). Эти размышления можно отнести к одному из явлений человеческого существования – состоянию болезни как нарушению физического и духовного равновесия. Сама болезнь выступает регулятором жизненных возможностей охваченного ею организма - его когнитивных способностей, остроты восприятия действительности, анализа окружающей обстановки. Болезнь исключает воздействие со стороны трансцендентного, т.к. утрачена вера к его существованию, сводит всю иррациональность мира на уровень взаимодействия с организмом. У больного развивается пассивное отношение к происходящему. Борьба становится основным смыслом существования. Цель познания - открыть пути преодоления противоборства, потому абсурд не возможен без требования ясности. В произведении А. Камю «Чума» болезнь носит характер эпидемии, массового явления, общественного регулятора. Эпидемия обособляет людей друг от друга и в то же время – объединяет. Она – фильтр на существование. При этом происходит как саморазвитие чумы (от бубонной формы к легочной), так и отношение к окружающему, а точнее способность к самоизменению самого человека.

Все это возможно только на отношениях противоречия, т.е. абсурда. Одна поправка: надежда не как упование на неощущаемое, а как стимул, желание формирования положительной для человека тенденции, проникающее через весь период взаимосуществования болезни и организма. Одно другое отрицает, но одно без другого немыслимо.

Ключевые слова: абсурд, экзистенциализм, Камю, эпидемия, противоборство

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-35-T-1751 Тезис

Белая Е.А.

Внедрение искусственного интеллекта: философская проблематика

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Создание искусственного интеллекта связывают с прогрессом общества, но помимо желаемого «облегчения» условий жизни человека, искусственный интеллект качественно и необратимо эти условия изменяет. Его разработка требует интеграции множества наук, в том числе и философии. На основе изучения многочисленного научного и научно-популярного материала были обозначены основные философские проблемы, обусловленные созданием и внедрением искусственного интеллекта.

- Определение философских и методологических оснований использования искусственного интеллекта;
- Специфика функционирования разума, определение мышления, возможность мышления искусственного интеллекта, критерии «разумности»;
- Определение основ естественного и искусственного интеллекта;
- Проблемы и подходы к разработке искусственного интеллекта;
- Проблема обработки естественного языка системами искусственного интеллекта, взаимодействие математики и философии;
- Проблема реализации потенциала естественного интеллекта возможностями искусственного;
- Систематизация искусственного интеллекта;
- Использования искусственного интеллекта, как инструмента познания сознания человека;
- Возможности и опасности управления обществом технологиями искусственного интеллекта, угроза общечеловеческой катастрофы;
- Определение понятия «искусственная жизнь»;
- Этические и социальные последствия разработки искусственного интеллекта
- Трансформация человеческого бытия в мире.

Если искусственный интеллект и возможно создать, то рано или поздно он будет создан. Поэтому его необходимо разрабатывать под контролем общественности, норм морали и нравственности, с тщательной проработкой вопросов безопасности, решая уже существующие проблемы, указанные нами, и неизбежно сталкиваясь с новыми.

Ключевые слова: искусственый интеллект, разум, мышление, сознание

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-35-T-1753 Тезис

Ушакова В.В., Ершов О.О.

Религиозность современного российского общества как фактор духовного обновления

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Социологические и другие исследования показывают: среди причин кризисного состояния российского общества нет ни одной, которая носила бы объективный характер и вытекала из дефицита времени, условий, ресурсов и других обстоятельств. Российское общество способно при наличии политической воли и обоснованной стратегии развития воссоздать сильное, социально ориентированное государство, успешно адаптированное к тенденциям мирового развития. Необходимый для этого потенциал включает в себя: исторически обусловленные духовные ценности; достаточную разумность личных потребностей; способность воспроизводить духовно-интеллектуальный потенциал. Эти и другие возможности должны быть использованы для совершенствования всех сторон государственной жизни и достижения двух целей: восстановления национального величия страны и социального благополучия человека.

К причинам, стимулирующим возрождение религий в России, можно отнести:

- усилившуюся в условиях перехода к рыночной экономике потребность в психологическом утешении, в предсказании будущего;
- потребность возвращения в русло культурно-исторической преемственности развития и национальной самоидентификации;
- свободу религиозной пропаганды и открытость источников религиозных знаний.

В настоящее время религиозные организации начинают играть существенную политическую и общественную роль, и численность различных религиозных объединений становится важным фактором. Среди православных сравнительно мала доля приверженцев «западных» идейно-политических течений и радикальных рыночных реформ. Православные чаще всего относят себя к сторонникам русского национального возрождения. Абсолютное большинство представителей всех вероисповеданий выступает за терпимость в отношениях между различными религиями и народами. Одновременно доминирует негативное восприятие новых религиозных движений, не укорененных в российской культурной традиции. Многие исследователи согласны с тем, что Русская православная церковь представляет в нашем обществе ведущую силу среди религиозных организаций.

Ключевые слова: общество религия православие вера

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-28-T-1757 Тезис

Ниталиева Ж.Б.

Великие ученые древности: Авиценна

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Медицине как научной деятельности характерны традиционность и аккумулятивность. История медицины хранит память об ученых, благодаря деятельности которых медицинское знание достигло современных высот. Целью исследования является определение значительного вклада великого врача древности Авиценны (Абу Али Хусайн ибн Абдаллах ибн Сина) в медицинскую отрасль.

Авиценной было написано несколько сот трудов по различным наукам, в том числе и 50 по медицине, наиболее известные – «О сердечных средствах», «О гигиене», «Правила использования лекарства», «Нервные болезни и параличи», «О сохранении здоровья», «О мероприятиях по устранению вредных воздействий внешних факторов». Особая роль отводится энциклопедическому труду «Канон врачебной науки», который состоит из пяти книг и является обобщением медицинской науки за предшествующий период и личный опыт. В первой книге гениальный врач, опираясь на свои наблюдения и практику, описал анатомию и физиологию человека, фактические проявления болезни, профилактику заболеваний. Вторая книга посвящена простым лекарственным веществам. Из известных на тот момент 396 трав, до сих пор используют 165. В третьей книге идет речь об отдельных органах, системах, о патологии органов. Четвертая книга посвящена опухолям, раковым заболеваниям, проказе. Пятая книга – руководство по фармакологии.

Ибн Сину называют по праву великим ученым Средневековья: заболевания, им описанные, впоследствии доказали, открыли и описали различные ученые мира; первым в мире он доказал заразность некоторых заболеваний, в том числе чумы; им были описаны уникальные хирургические операции, например, локализация отдельных участков мозга, тем самым он заложил основы создания науки нейрохирургии и неврологии. И даже такая современная наука как психиатрия не были чужды ученому: он доказал, что меланхолия может перейти в шизофрению.

Ключевые слова: канон врачебной науки, Ибн Сина

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-1656-T-1759 Тезис

Амрахова Э.А., Живайкина А.А.

Чума как явление средневековой культуры

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Болезнь, являясь неотъемлемой частью повседневности, оказывает значительное влияние на социальные и культурные процессы. Взяв данное утверждение за исследовательскую гипотезу, мы проследим роль болезни как культурообразующего фактора на примере чумы в эпоху Средневековья.

С медицинской точки зрения чума – острое природно-очаговое инфекционное заболевание группы карантинных инфекций, протекающее с исключительно тяжёлым общим состоянием, лихорадкой, поражением лимфоузлов, лёгких и других внутренних органов, часто с развитием сепсиса. Заболевание характеризуется высокой летальностью. В Средние века распространению чумы способствовала антисанитария, царившая в городах.

Феномен данного заболевания нашел отражение в духовной жизни средневекового общества в представлении о наказании, каре. Поэтому способы избавления от заболевания заключались в поиске тех, на кого можно было взвалить вину за приключившиеся несчастья, повышении общественной нравственности, пропаганде христианского образа жизни, восстановлении социального порядка. Именно эпидемиями чумы было продиктовано принятие властями законов против роскоши, устанавливавших правила ношения одежды, а также регулировавших проведение торжеств, связанных с крещением, бракосочетанием и погребением.

Религиозность средневековой культуры выразилась и в вопросе отношении к больным. В уставах многих госпиталей говорилось, что вновь прибывшие должны исповедаться, затем причаститься. Только после этого наступала очередь телесных потребностей. Это относилось и к больным чумой. Врачам предписывалось обращаться с зараженными чумой так же, как и с другими больными.

Религиозный характер средневековой культуры определял отношение к болезни как божественному предопределению, что зачастую мешало обществу оценить всю серьезность сложившейся ситуации и, возможно, стало причиной столь тяжких последствий.

Ключевые слова: чума, религиозность, средневековая культура

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-35-A-1762 Оригинальная статья

Ващенко И.С., Рыкалина Е.Б., Фахрудинова Э.Р.

Индивидуализм в современном обществе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В статье анализируются уровень распространения индивидуализма в обществе и предлагаются пути преодаления возникающих в связи с этим проблемных ситуаций

Ключевые слова: индивидуализм

Человек в своем поведении ориентируется на определенные ценности, существующие в обществе или в референтной для него социальной группе. Эти ценности входят в структуру его убеждений в виде определенных образцов оценивания окружающего мира, которые становятся основой выбора собственных поступков. В современном мире все большее значение приобретает такое понятие как «индивидуализм». С каждым годом происходит все большее распространение ценностей индивидуализма среди разных групп населения [1].

Цель нашей работы: определить степень индивидуализации в разных возрастных группах населения.

Задачи: провести социологический опрос в разных возрастных группах для выявления индивидуальных или коллективных приоритетов, проанализировать полученные результаты по 2-м возрастным группам.

Актуальность избранной темы исследования очевидна по многим причинам. С течением времени поколения людей становятся все устойчивей к различным факторам социальной среды. Но вместе с тем с каждым годом такие качества как взаимопомощь, сочувственное отношение к окружающим, способность помочь незнакомому человеку все больше отходят на второй план. Ценности индивидуализма заполняют собой все большее и большее пространство современного социума.

Начало распространению индивидуализма положила эпоха Возрождения, оказавшая решающее воздействие на дальнейшее социально-историческое развитие цивилизации, в качестве приоритетного обозначила принцип гуманизма, подразумевавший повышенное внимание к проблеме личности, ее духовным запросам, потребностям и интересам в системе взаимодействий «человек-общество». Еще А. Смит в «Богатстве народов» (1776) выразил мысль о том, что индивид, заботясь о личной выгоде, независимо от своего желания, приносит и пользу обществу большую, чем бы он сознательно стремился к общему благу. А. Токвиль в своем труде «Демократия в Америке» (1864) применил ранее использовавшийся только во франкоязычной литературе термин «индивидуализм», под которым он подразумевал «взвешенное и спокойное чувство, побуждающее гражданина изолировать себя от массы себе подобных и замыкаться в узком семейном и дружеском кругу, создав для себя, таким образом, маленькое общество, человек перестает тревожиться обо всем обществе в целом».

Современная наука считает базовыми признаками индивидуализма главенство личных целей, зачастую несовпадающих с групповыми и самостоятельность действий личности. Свобода и личная независимость согласуются с такими демократическими принципами как отсутствие ограничений со стороны власти, гарантия реализации прав и свобод, плюрализм мнений. Индивидуализм позволяет раскрыть уникальность человека. Однако автономность индивида предполагает, что во главу угла он ставит личные интересы, полагаясь только на самого себя. При этом человек нередко пренебрегает предписаниями морали, в его сознании приоритетными являются установки на самореализацию, достижение личного успеха, эгоизм, удовлетворение собственных потребностей и удовольствий, а интересам собственного народа, общества или социальной группы не предается особое значение. Взаимопомощь, взаимовыручка, товарищество, чувство долга во всех его проявлениях нередко чужды индивидуалистам, они могут остаться равнодушны как к частным проблемам окружающих, так и к проблемам общества, страны. Г.Триандис предложил специальный термин «идиоцентрик», обозначающий людей с индивидуалистическим мировоззрением. Они не склонны к скромности, ориентированы на постоянное самосовершенствование и свои чувства ставят выше взаимоотношений с людьми. Индивидуалисты показывают более высокие результаты, работая самостоятельно и стремясь повысить свои личные результаты. В конфликтной ситуации они стремятся изменить ситуацию, а не себя. В отношениях с другими людьми идиоцентрики-индивидуалисты стремятся к недолговечным отношениям, не носящим глубокого характера. Тотальный индивидуализм современности создает новый круг в сфере межличностных взаимодействий, в первую очередь связанных с созданием семьи, трудовыми отношениями в коллективе. Еще одной его отрицательной стороной явился рост числа психических расстройств, суицидальных попыток, вызванный тем, что люди не справляются с грузом ответственности, налагаемых принципом полагаться на себя [2]. Свобода личности иногда может принимать эгоистические формы и выражаться в девиантном поведении (алкоголизм, наркомания, экстремизм и др.).

Наиболее ярко индивидуализм проявляется в странах Запада, чему способствует идеологические концепции, свобода предпринимательской деятельности, специфическая система образования, нуклеарная семья, в которой не прививается тщательное поддерживание родственных отношений и поощряется самостоятельность, ранняя финансовая независимость детей. В современном российском обществе все более усиливается индивидуализм, что таит под собой потенциальную опасность для национальной культуры и самосознания. Традиционный коллективизм, общинность, взаимопомощь идут в разрез с индивидуалистическими ценностями [3].

В своей работе мы провели исследование, целью которого было определить степень индивидуализации среди представителей современной молодежи и среди людей старше 36 лет. Исследование проводилось по особой методике, основанной на методе измерения культурологических индикаторов Герта Хофстеда с включением вопросов, касающихся взаимопомощи согласно проекту Фонда Общественное мнение. Вся генеральная совокупность составила 140 человек и разделена на 2 возрастные группы. Первая – студенты СГУ им. Чернышевского и СГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте 18-20 лет (70 участников); вторая – их

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

родители, люди из возрастной категории 36+ самых разных профессий (70 участников). Данные по результатам исследования представлены в таблицах.

Таблица 1. Показатели IDV в возрастной группе 18-20 лет

Учебное заведение	*Вариационно-статистические показатели*			
	M±m	Min-max	δ	CV%
СГУ им Н.Г. Чернышевского	11,8±0,48	3-17	2,81	23,81
СГМУ им В.И. Разумовского	12,2±0,38	7-16	2,26	18,52

Таблица 2. Показатель в возрастной группе 36+

	Вариационно-статистические показатели			
	M±m	Min-max	δ	CV%
Индекс IDV	14,03±0,39	10--19	2,29	16,35

В таблицах №1 и №2 представлены статистически обработанные показатели индивидуализма (IDV), посчитанные по методике Хофстеде в 2-х возрастных группах. Индивидуализм (IDV) – это показатель того, предпочитают ли люди заботиться только о себе и собственных семьях либо имеют склонность объединяться в некие группы, которые несут ответственность за человека в обмен на его лояльность группе [4].

Индекс индивидуализма в возрастной группе 18-20 лет принимает более низкие значения (11,8 и 12,2), чем в возрастной группе от 36 лет (14,03). По шкале низкое значение индекса свидетельствует о наибольшем проявлении индивидуализма. Как видно из данных, представленных в таблицах, сторонников принципов индивидуализма намного больше среди молодого поколения, т.е. исследуемой группы №1. Достоверность различий подтверждена t-критерием Стьюдента [5].

Первостепенными для представителей первой группы являются такие ценности как: достаточное количество времени для личной и семейной жизни; свобода в организации своей деятельности; получение удовольствия от жизни. При этом представители исследуемой группы не желают вмешательства в их личную жизнь; считают, что в решении всех вопросов могут надеяться только на себя; социальные связи внутри коллектива – группы дистанционны, их возникновение обусловлено неизбежностью повседневного контакта. В возрастной группе №2 индекс индивидуализма заметно ниже по своему значению. Её представители ориентируются на такие ценности как возможность обучения или повышения квалификации наличие хороших условий труда; возможность использовать все свои знания. Участники данной группы ожидают, что коллектив будет заниматься их личными делами, защищать их интересы; взаимодействия между людьми основываются на чувстве долга; социальные связи внутри группы характеризуются сплочённостью, тесными контактами.

Для получения более точных результатов был проведен еще один опрос. Его целью была попытка выявить способность опрашиваемых к бескорыстной помощи окружающим, их отношение к социальным связям внутри коллектива.

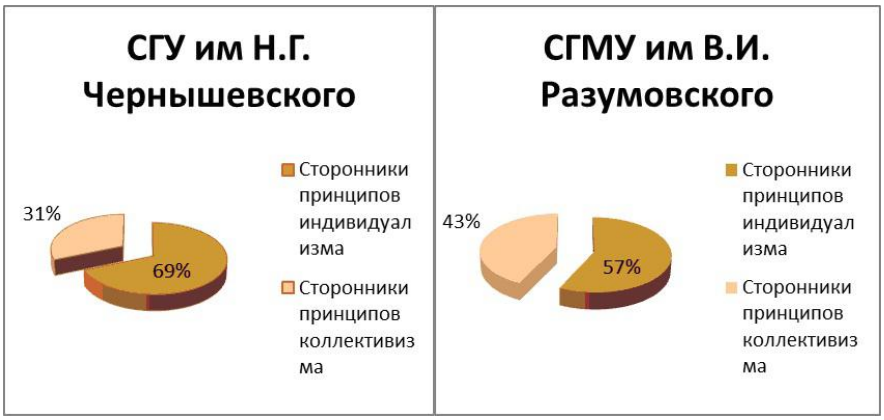


Диаграмма 1. Возрастная группа 18-20 лет

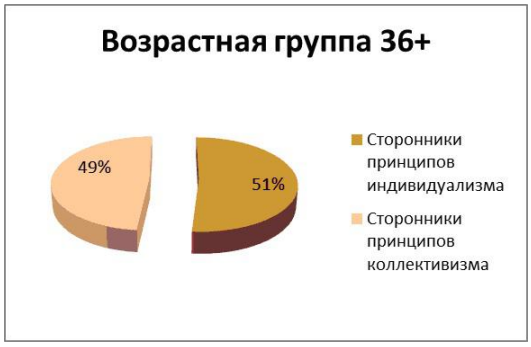


Диаграмма 2. Возрастная группа 36+ лет

Согласно результатам 2-го опроса, в возрастной группе № 1 чаще забывают о взаимопомощи, сочувственном отношении к окружающим, что по данным института социологии Российской Академии Наук также является одним из признаков проявления индивидуализма [6]. Сопоставив полученные данные с данными Российской Академии Наук за 2007 год получили:

1. Количество приверженцев принципов индивидуализма среди молодежи выросло по отношению с 2007 годом с 63% до 69%; в 1997 году приверженцев принципов индивидуализма было всего 54% от всей исследуемой совокупности. Примечательно, что в одинаковых возрастных группах двух Саратовских ВУЗов мы получили результаты, сильно различные по числовым значениям. Возможно, подобное различие связано со спецификой выбранной профессии.
2. Среди старшего поколения количество индивидуалистов тоже выросло, с 46% до 51% в период с 2007 по 2012 год.

Из полученных данных видно, что с каждым годом идеология индивидуализма прогрессирует, все больше и больше укореняясь в сознании людей. Этот рост будет продолжаться и дальше. У молодых поколений все больше фиксируется в сознании принцип: «Мне никто не нужен, и моя помощь тоже не должна быть кому-то нужна. Если ты не справляешься с трудностями, ты виноват в этом сам. Выбери для себя другой путь, полегче, и не мешай тем, кто сильнее тебя».

Переходя к **выводам** можно сказать, что, проведя анкетирование и проанализировав полученные данные, мы получили картину распространения принципов индивидуализма в разных возрастных категориях. На сегодняшний день индивидуализм в обществе прогрессирует, что четко видно из сравнения данных за 1997, 2007 и 2012 года. Уходят в прошлое такие качества как отзывчивость, взаимовыручка, коллективное сознание. Исходя из вышесказанного, мы полагаем, что необходима государственная идеология, направленная на сплочение людей, осознание каждым своей роли в обществе, чему способствуют развитие институтов гражданского общества и поддержка произведений культуры, СМИ, всемерно пропагандирующих вышеперечисленные качества. К сожалению, подобного рода изменения будут видны очень нескоро. Нужно около 20-30 лет для того, чтобы привить людям другие нравственные ориентиры и вырастить в идеологии коллективизма новое поколение.

Литература

1. Наумов А. Хофстидово измерение России (влияние национальной культуры на управление бизнесом) // Менеджмент. 1996. №3.
2. Хайек Ф. Индивидуализм и экономический порядок. М.: Изограф, 2000.
3. Данилова Е., Тарарухина М. Российская производственная культура в параметрах Г. Хофштеда. // Мониторинг общественного мнения. 2003. №3 (65).
4. Гирт Хофстеде. Организационная культура. 1980.
5. Астафьев Н.Г, Абызова Н.В, Белянко Н.Е и др. Медицинская статистика. Саратов: СГМУ, 2002.
6. Горшков М.К, Петухов В.В и др. Молодежь новой России: Образ жизни и ценностные приоритеты. М.: Институт социологии РАН, 2007.
7. Философия: Энциклопедический словарь / Под редакцией А.А. Ивина. М.: Гардарики, 2004.
8. Философская Энциклопедия. В 5-х т. / Под редакцией Ф. В. Константинова. М.: Советская энциклопедия, 1960-1970.
9. Латов Ю.В., Латова Н.В. Российская экономическая ментальность на мировом фоне // Общественные науки и современность. 2001. №4.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-67-T-1777 Тезис

Матвеева Н.Н., Кузнецова М.Н.

Взаимосвязь философии и личности

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Философия зависит от культуры, представляет собой ее выражение и в то же время формирует ее. Духовная жизнь общества составляет главный процесс формирования и развития его духовной культуры. Основными критериями сферы духовной жизни общества является развитость индивидуального сознания: способность человека осознавать самого себя, свои отношения с природой и обществом, гуманистическая направленность мировоззрения, мера развитости образования, науки, информационной жизни общества.

В противоположность этому основными чертами современной культуры являются прагматизм, рационализм, установка на гедонизм во всех видах человеческой деятельности. Из жизни исчезло все абсолютное и духовно-нравственное, что привело к кризису современной культуры. Главной целью человека стал мир чувственно-телесных вещей. Вместе с тем переживает кризис личность человека. Она находится в постоянном противоречии с самой собой, а ведь для нее характерна гармония, которую человек с самых ранних лет и стремится получить. Средствами достижения цели становятся философия, религия, искусство.

Но именно в основе философии лежит стремление человека к истине, к смерти, к добру, то есть ко всему жизненно важному. Она есть форма духовности, она возникла тогда, когда человек обнаружил, что он есть не только телесное, физическое существо, но и совесть, свободная воля и разум. С момента своего возникновения философии занята свободным поиском абсолютных, предельных оснований, ценностей человеческого бытия. У человека есть духовная потребность в идеалах, ценностях, надеждах, и философия способна дать ценностную картину мира, как обнадеживающую, так и пессимистическую.

Философия – это свободное мышление и искание истины.

Философия – учение о мире, и месте человека в нём; наука о всеобщих науках развития природы, общества. С её помощью мировоззрение достигает высокой степени обобщённости и теоретичности, а в свою очередь развитое мировоззрение позволяет лучше разбираться в философских вопросах и в общих вопросах человеческого бытия.

Философия всегда видит альтернативу, она учит никогда не считать свои собственные взгляды единственно возможными, она учит видеть и выбирать варианты, сознательно, не подчиняясь чужой воле.

Ключевые слова: философия, личность, рационализм, духовно-нравственное

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-35-A-1783 Оригинальная статья

Кошелев П.О., Соколов А.В., Григорьев Н.С.

Человек разумный в современном обществе: Pro et Contra

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме
В данной работе рассматривается проблема идеологизации современного общества.
Ключевые слова: идеологизация, мышление

Цель нашей работы: рассмотреть проблему идеологизации в современном обществе, и выявить ее основные причины.

Задачи: Проанализировать проблему и предложить путь ее решения.

Актуальность данной темы обуславливается сложившейся политической ситуацией, реформами в системе образования, переходом в постиндустриальное общество и снижением общего культурно-этического уровня общества.

«Cogito, ergo sum» (Р. Декарт)

Рассматривая общественные науки, с определенной долей уверенности можно сказать, что все они в основе своей идеологичны. Данное утверждение справедливо и для философии. Идеология рассматривает социальное бытие сквозь призму групповых и классовых интересов, демонстрируя нам то, что должно быть в социальном мире, и чего в нем быть не должно.

В современном обществе создаются предпосылки формирования «механизированной» личности, ибо зачастую мы сталкиваемся с людьми, которые с раннего детства находились во власти различных догм и авторитетов, следствием чего является отсутствие умения размышлять независимо и творчески, принимать собственные решения и жить автономно. В настоящее время с раннего возраста у детей формируется «шаблонное мышление», их ставят перед необходимостью выбирать между «А» и «С» (Единый государственный экзамен», введенный в 2009 году), лишая возможности мыслить гибко и творчески, несхематично.

Следующей основополагающей предпосылкой формирования нового типа личности в современном нам обществе является переизбыток окружающей нас информации. Человеку становится весьма сложно найти полноценную «пищу для ума», он постепенно привыкает к столь удобному шаблонному мышлению, и перестает думать!

Отдельно хотелось бы отметить духовно-нравственные проблемы современной молодежи. В XXI веке очевиден столь болезненный для современного общества процесс переоценки ценностей, формирование новых мировоззренческих установок. Сталкиваясь с взрослой жизнью, молодой человек сталкивается с целым рядом проблем:

- Желание больше зарабатывать, при этом как можно меньше интеллектуально затрачиваясь. Это, на наш взгляд, связанно с отсутствием у молодежи стимула к труду, самосовершенствованию.
- Проблемы самоидентификации и самореализации. Современная молодежь, живущая в век перемен, становления новых ценностных ориентиров и поведенческих стратегий, вынуждена формировать эти самые ценности самостоятельно, успевая при этом ориентироваться в столь быстро меняющейся социальной реальности.

По нашему мнению, с вышеизложенными проблемами успешнее справится человек свободомыслящий, самостоятельный и творческий. Именно поэтому столь актуально в современном обществе изречение французского философа-рационалиста Рене Декарта «Я мыслю, следовательно, я существую» [2]. Мы не случайно выбрали именно это высказывание в качестве лейтмотива в раскрытии нашей темы. Как было изложено выше, проблемой современного общества является стандартизация и даже механизация мышления людей. Все это сужает "свободное пространство" для творческой мысли человека. Существование человека в обществе принимает характер замкнутого циклический повторяющегося процесса. Вследствие этого происходит потеря личности в череде безликих событий. И только человеческая мысль, его способность с помощью идеи вырваться из этой рутины может индивидуализировать человека, сделать его существование более ярким и полезным как для самого себя, так и для развития не замкнутого в рамки идеологии творчества.

Одним словом, если современное общество не способно вырваться из лабиринта шаблонов и догматических положений и перейти к свободному, независимому мышлению, то минимальная творческая деятельность каждого человека может заключаться хотя бы в отборе тех самых шаблонов, которые немного удовлетворяют их нравственным и эстетическим требованиям. К таким «угодным» шаблонам можно отнести литературные произведения, философские доктрины великих мыслителей истории и современности. Современная философия, на наш взгляд, выступает в роли ориентира, направляя человека на осознание необходимости выработки собственной индивидуальной позиции, индивидуального, «нешаблонного» мышления, осознавая при этом всю степень ответственности и даже некой доли риска за принятие собственных решений и т.д.

Литература

1. Философия: Энциклопедический словарь / Под ред. А.А. Ивина. — М.: Гардарики, 2004.
2. Декарт Р. Рассуждение о методе. Издательство «Академический проект», 2011.
3. Реале Д., Антисери Д. Западная философия от истоков до наших дней. ТОО ТК "Петрополис", 1996-1997.
4. Философская Энциклопедия. В 5-х т. М.: Советская энциклопедия, 1960-1970.
5. Барулин В.С. Социальная философия. Учебник для вузов. Издательство ФАИР-ПРЕСС, 2002.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-2164-A-1785 Оригинальная статья

Андреева А.А., Приходько В.В.

Проблема эвтаназии в современном обществе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

Среди множества медицинских, юридических, религиозных проблем важное место занимает проблема эвтаназии. Явление эвтаназии – пища для размышления общественно-правового сознания населения. В связи с тем, что человеческая жизнь является главной ценностью современной цивилизации, проблема эвтаназии приобрела иной путь востребования. Ценность человеческой жизни по отношению ко всем правовым и нравственным реалиям возводит любую общественно-правовую проблему (например, допустимость смертной казни, абортов, клонирования человека), в том или ином аспекте затрагивающую право на жизнь, в ранг общечеловеческих, глобальных проблем современности.

Ключевые слова: эвтаназия, общество, нравственность

Актуальность

Ценность человеческой жизни по отношению ко всем правовым и нравственным реалиям возводит любую общественно-правовую проблему (например, допустимость смертной казни, абортов, клонирования человека), в том или ином аспекте затрагивающую право на жизнь, в ранг общечеловеческих, глобальных проблем. Достижения современной медицины в области реаниматологии изменили коренным образом отношение к смерти как одномоментному явлению, растянув его по времени соответственно разрушению отдельных частей организма. Ранее использовавшиеся критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее новым научным пониманием. Это способствовало и обострению восприятия одной из сложнейших проблем - эвтаназии.

Цель данной работы: раскрыть сущность проблемы эвтаназии.

Задачи:

1. рассмотреть традиционные представления об эвтаназии;
2. изучить право на жизнь и право на смерть с разных точек зрения;
3. выявить моральные аспекты рассматриваемой проблематики;
4. рассмотреть аргументы «за» и «против» эвтаназии;
5. рассмотреть проблему легализации эвтаназии;
6. выявить и проанализировать формы эвтаназии;
7. проследить временную трансформацию термина «эвтаназия»;
8. рассмотреть взгляды Ф. Бэкона на проблему эвтаназии.

Объект исследования: совокупность общественных отношений, связанных с совершением акта эвтаназии.

Проблема: совокупность юридических, медицинских и религиозных аспектов данной проблематики.

Метод исследования: аналитический в сочетании с научно-теоретическим подходом.

Среди множества медицинских, юридических, религиозных проблем важное место занимает проблема эвтаназии. Явление эвтаназии – пища для размышления общественно-правового сознания населения. В связи с тем, что человеческая жизнь является главной ценностью современной цивилизации, проблема эвтаназии приобрела иной путь востребования. Ценность человеческой жизни по отношению ко всем правовым и нравственным реалиям возводит любую общественно-правовую проблему (например, допустимость смертной казни, абортов, клонирования человека), в том или ином аспекте затрагивающую право на жизнь, в ранг общечеловеческих, глобальных проблем современности.

События последних нескольких лет только подчёркивают не меняющуюся актуальность проблемы эвтаназии. В начале 2005 г. в США разгорелись жаркие споры вокруг смерти американки Терри Шиаво, которая 15 лет находилась в состоянии комы, вызванной клинической смертью и последовавшими за ней необратимыми изменениями мозга (последствия тяжёлого инсульта). По решению суда штата Флорида, принятого по иску мужа Терри Майкла Шиаво, её отключили от аппарата искусственного питания, что означало отсроченную на полмесяца смерть пациентки. После этого решения суда вся Америка фактически раскололась на два лагеря сторонников и противников этой, своего рода «мягкой эвтаназии».

Впервые термин эвтаназия вводит выдающийся английский философ Ф. Бэкон в работе «О достоинстве и приумножении наук». В этой работе Ф. Бекон говорит, что обязанность врача состоит не только в восстановлении здоровья, но и в облегчении страданий, причиняемых болезнью, когда уже нет никакой надежды на спасение и уже сама эвтаназия является счастьем. Приведем цитату: «Я абсолютно уверен, что обязанность врача состоит не только в том, чтобы облегчать страдания, причиненные болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение может привести к излечению, но даже и в том случае, когда уже нет абсолютно никакой надежды на спасение и можно сделать саму смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия, о которой так мечтал Август, уже сама по себе является не малым благом...» (Ф. Бекон. «О достоинстве и приумножении наук»).

Ф. Бэкон упоминает Августа как человека, который мечтал об эвтаназии, ссылаясь на Светония. «Смерть ему выпала легкая, которую он всегда желал. Действительно, каждый раз, когда он слышал, что кто-нибудь умер быстро и без страданий, он молился о такой же хорошей смерти и для себя и для своих - так он выражался» (Ф. Бекон. «О достоинстве и приумножении наук»). Однако хотелось бы отметить, что еще до представлений Ф. Бэкона по рассматриваемой проблематике каждая историческая эпоха предлагает для нее свое видение и решение. Остановимся на этом подробнее.

Для многих первобытных обществ умерщвлять стариков и больных или (для кочевых племен) не забирать их с собой при смене стоянки было обычной нормой. Практика эвтаназии была характерна и для Древней Греции, где поощрялось самоубийство людей,

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

достигших 60 лет. Платон в «Государстве» писал, что медицина призвана заботиться лишь о здоровых душой и телом; не следует препятствовать смерти физически слабых, а скверные душой сами себя погубят. Сократ, Платон и стоики от Зенона до Сенеки оправдывали умерщвление очень слабых и тяжелобольных людей даже без их согласия. Кроме того, они считали, что, если человек ослаб и становится обузой для общества, покончить с собой — его моральный долг. Впрочем, Аристотель, а особенно пифагорейцы были противниками умерщвления тяжелобольных.

Эвтаназия в большинстве случаев не допустима. Об этом свидетельствуют юридические, медицинские и религиозные аспекты.

Христианство, воспринимающее жизнь человека как божий дар, с самого начала выступило против самоубийства. Так, Августин вслед за Аристотелем осудил самоубийство как проявление трусости, презренной слабости. Позиция бескомпромиссного отвержения самоубийства и эвтаназии никем не оспаривалась вплоть до эпохи Просвещения, когда некоторые медики вслед за Бэконом начинают говорить о необходимости облегчать страдания умирающих. Но лишь в конце 19 в. в связи с секуляризацией получают распространение представления о добровольной эвтаназии, в т. ч. и осуществляемой с помощью врача. В России адвокат А.Ф. Кони считал эвтаназию допустимой при наличии сознательной и настойчивой просьбы больного, невозможности облегчить его страдания медикаментозными средствами, а также несомненных доказательств невозможности спасения жизни и при условии предварительного уведомления прокуратуры.

И. Кант выступает с философской защитой этой уникальности путём своего категорического императива. Он считает, мы должны всегда рассматривать разумные существа как конечную цель, а не средство для чего-то другого, некий «промежуточный этап». Я не вправе прерывать вашу жизнь только потому, что она затруднительна для вас. И. Кант мог бы добавить, что и вы не можете покончить со своей жизнью потому, что она стала вам невыносима. Данный поступок употребит волю для того, чтобы положить конец воле, что он считает противоречащим нашей разумной природе. Те, кто применяют принцип священности жизни к вопросу эвтаназии, очевидно, полагают, что прекращение жизни нравственно неправильно в любых обстоятельствах.

В 1930-е гг. эвтаназия осуществлялась в массовых масштабах в нацистской Германии по отношению к тем, кто признавался экономическим «бременем для общества», кто жил «жизнью, которая не стоит того, чтобы ее жить». В 1939 г. Гитлер издал указ о регистрации детей, страдающих монголоидностью, гидроцефалией, параличом и уродствами (5 тыс. из них были подвергнуты эвтаназии). Впоследствии, по другому указу, были подвергнуты принудительной эвтаназии десятки тысяч людей с умственными расстройствами.

После этого долгое время эвтаназия повсеместно считалась абсолютно недопустимой. Однако развитие, прежде всего жизнеподдерживающего лечения наряду с утверждением в медицинской практике ценности автономного выбора привело к тому, что тема эвтаназии во многих странах перестала быть запретной. При этом эвтаназия понимается как ускорение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле уполномоченных им близких.

В настоящее время разворачивается драматическая борьба среди юристов, философов, медиков, социологов, политологов, богословов. Жизнь священна и неприкосновенна, утверждают одни. Жизнь не должна превращаться в мучительное и бессмысленное существование, возражают другие. Основным аргументом в этой борьбе выступают правовые запреты и дозволения.

Рассмотрим термин «эвтаназия» с научной точки зрения. Различают пассивную и активную эвтаназию. Пассивная эвтаназия — это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается. Пассивная эвтаназия (выписка из больницы безнадежно больного пациента) довольно часто встречается в медицинской практике. С моральной точки зрения существует важное различие между ситуацией, когда принимается решение не начинать лечение, и ситуацией, когда прекращается уже начатое лечение. Моральное бремя, ложащееся на врача, во втором случае будет более тяжким. Однако если врач будет опасаться начать жизнеподдерживающее лечение, чтобы не попасть в ситуацию, когда его придется прекращать, то это может оказаться еще большим злом для пациента, которого такое лечение могло бы спасти.

Активная эвтаназия — это преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента, например путем инъекции средства, вызывающего смерть. Различают такие формы активной эвтаназии, как 1) убийство (умерщвление) из сострадания (когда жизнь, являющаяся мучением для больного, прерывается другим человеком, например врачом, даже без согласия пациента), 2) добровольная активная эвтаназия и 3) самоубийство при помощи врача. Во втором и третьем случаях определяющим является согласие (или даже требование) самого больного. Во втором случае сам врач по просьбе больного делает ему летальную инъекцию, в третьем же врач передает в руки больного средство, позволяющее последнему покончить с собой. Хотя в большинстве стран, включая Россию, активная эвтаназия запрещена законом, именно она вызывает наиболее острые медицинские и философские дискуссии.

Основным аргументом сторонников активной эвтаназии является право человека на самоопределение, вплоть до того, чтобы самому распорядиться собственной жизнью. Никто не вправе заставлять безнадежных больных испытывать жестокие мучения, о том, что растительное существование и боль лишают человека достоинства, о том, что сами больные, стремясь положить конец своим страданиям, зачастую прибегают к куда более ужасным способам самоубийства, чем безболезненная инъекция.

Рассматривая проблемы эвтаназии, мы стоим на границе двух противоположностей. Нельзя однозначно сделать вывод о запрете эвтаназии или ее поощрении. Вернемся к позиции Бэкона. Философ считает обязанностью врача не только излечение, но и умерщвление для облегчения страданий. Да, возможно в сотых долях случаев, рассматривая пассивную эвтаназию это допустимо. Согласитесь, умирать в адских мучениях участь не самая желанная. Но с другой стороны хочется вступить в оппозицию. Проявить свое несогласие так сказать. Каждому дано его главное право-право жить. И никто не имеет права принуждать больного отказаться от этого права. Рассмотрим пример из жизни. Родственники, не желающие ухаживать за больным, добиваются эвтаназии. По юридическим аспектам, они имеют на это право, в случае, если больной не в состоянии принять решение. Однако никого не волнует вопрос об ответственности врача за лишение человека жизни, простые нормы морали и нравственности.

Юридическая позиция рассматривает эвтаназию как сознательное причинение смерти. Уголовное право нашей страны рассматривает эвтаназию как убийство, однако, как было сказано нами раньше, в сотых долях случаев эвтаназия может рассматриваться, поэтому это слишком жёсткое определение. Ведь умысел лица, совершающего определённые действия, состоит в оказании помощи тяжело больному человеку, чтобы уменьшить его страдания, к тому же по его собственной воле.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Но главная проблема встает в отношении больных, которые не в состоянии самостоятельно принять решение о том, чтобы перестать жить: находящихся в коме, умственно неполноценных, включая страдающих старческим маразмом, а также совсем маленьких детей. За них сделать выбор должен кто-то другой. Но, кто? Родственники, власть или медицинские представители? И где уверенность в том, что их решение будет верным? В настоящий момент медицина развивается очень быстро, и сегодня найдены способы лечения болезней, еще недавно считавшихся безнадежными; таким образом, отключая пациента от систем жизнеобеспечения, мы лишаем его шанса дождаться появления лекарства от его недуга.

Заключение

В случае полной легализации эвтаназии она скорее станет безусловным злом. Велика также опасность злоупотреблений. Например, в условиях нашего государства при бедности медицины эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих раком и СПИДом. Признание эвтаназии законом может также лишить государство стимула для финансирования исследований по поиску эффективных средств лечения. С другой стороны, нельзя не видеть, что эвтаназия уже фактически существует в медицинской практике. Очевидно, что эта проблема требует срочного правового решения и закрывать на неё глаза больше нельзя.

С развитием в последние годы практики трансплантации органов появляются новые проблемы, в некоторых случаях напрямую связанные с разрешением эвтаназии. Орган человека, который, по медицинскому заключению, всё равно умрёт в течение краткого срока, мог бы спасти другого человека, дав ему реальный шанс жить дальше. А ведь многие умирают, так и не дождавшись донора. Выходит, что мы из наших догматических принципов об эвтаназии как зле теряем сразу две жизни.

В заключение, хотелось бы отметить, что мы с вами современные люди, мы знаем нормы морали, знакомы с понятием гуманизм. Мы не живем в античных временах и временах фашизма. Мы пришли к понятию ценности человеческой жизни и, не боясь тавтологии, скажем еще раз, что наша жизнь самое главное, что у нас есть!

Литература

1. Акопов В. И., Бова А. А. Сборник докладов I международ. конф. «Общество, медицина, закон». Кисловодск, 1999.
2. Гусейнов А. А. Этическая мысль. Науч.-публицист. чтения // Дж. Рейчелс. Активная и пассивная эвтаназия. М., 1990.
3. Иванюшкин В. Я., Дубова Е. А. Правовые и этические аспекты эвтаназии // Вести. АМН СССР. 1984. № 6.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-27-T-1787 Тезис

Табачкова О.А.

Союз философии и медицины

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

«Медицина столь же мало может обходиться без общих истин философии, сколько последняя без доставляемых ей медицинских фактов» (Гиппократ).

Философия и медицина одинаково древние по своему происхождению феномены культуры. Идеи объединения философского и медицинского знания ради постижения тайны жизни и тайны человека претворялись в трудах самых известных философов, медиков, естествоиспытателей на всем протяжении истории культуры.

Цель данной работы – проследить связь философии и медицины, раскрыть значение современной философии в работе врача.

Тесная связь проявляется:

1. в близости предметов исследования: изучение человека, личности и влияния общества на личность;
2. сходстве целей и задач;
3. единстве методологии;
4. ценностной ориентации;
5. обе они решают одну и ту же проблему – проблему выживания человечества на Земле, проблему самоопределения человека как природного и культурного существа, несмотря на разные направления деятельности и разные пути поиска истины (медицина выбирает на заре своего существования путь практического действия, философия – путь теоретического обобщения и рефлексии).

Современная философия выступает в качестве методологического фундамента медицинского знания, что призвано объединить разрозненные частные исследования и системно применить их к изучению качественно своеобразной живой системы – человека. На первый план в деятельности современного врача выступает диалектический метод, поскольку только он обеспечивает комплексный подход к вопросам болезни, её лечения и профилактики. Однако современный врач не имеет права забывать, что на клинической койке лежит не организм, а человек.

Сегодня как никогда для будущего врача важно овладеть хотя бы основами философии, т.к. для служителей медицины овладение основами философии – это вопрос формирования человеческого духа, это общечеловеческое образование и воспитание, в основе которых гуманизм, честность, высокая нравственность. Без этих категорий нет медицины, нет врача. А без них нет настоящей философии.

Ключевые слова: философия, медицина, проблема человека, диалектический метод

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-2164-T-1796 Тезис

Арстангалиева З.Ж.

Возраст как фактор здоровьесбережения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Вековая мечта человечества о продлении жизни стала актуальной научной проблемой. В настоящее время людям пожилого возраста приходится приспосабливаться не только к изменяющейся социальной ситуации, но и реагировать на возрастные изменения в самих себе.

Цель исследования - рассмотреть возраст как фактор здоровьесбережения.

Анализ проводится на основе данных исследования ВЦИОМ и изучения научной литературы.

Среди основных полученных результатов исследования можно выделить следующие:

- пожилые люди стали отдельной демографической, социальной и медико-биологической категорией, требующей специального подхода к решению своих проблем;
- с точки зрения Е. Андрияновой и Е. Чернышковой, в российском контексте, несмотря на наличие, государственных программ, направленных на улучшение медико-социальной поддержки пожилых людей доминирует «модель дожития»;
- повышение заболеваемости и смертности нарастает параллельно с увеличением возраста;
- по данным ВЦИОМ 2012 г., главными причинами болезней россияне считают стрессы (29%), экологию (27%) и возрастной фактор (26%);
- после 65 лет по риску развития сердечно-сосудистых заболеваний женщины уравниваются с их сверстниками мужского пола;
- по прогнозам, к 2020 году первое место среди причин смертности по-прежнему будет оставаться за ИБС;
- многие неинфекционные хронические заболевания и состояния здоровья нынешних представителей «третьего возраста», формируются на протяжении длительного времени в результате систематического отклонения от разумного здоровьесбережения.

Однако, старение, нельзя рассматривать только как процесс удаления функций. Каждый человек способен, отодвинуть многие проявления старения с помощью здоровьесбережения.

Ключевые слова: пожилые люди, фактор, возраст, ИБС, здоровьесбережение

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-27-T-1800 Тезис

Андреев Д.А.

Краеведение – основа патриотизма

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

В настоящее время, в условиях модернизации всех сфер общества, одной из основных задач в области образования является воспитание патриотизма и гражданственности, как основы жизнеспособности любого общества и государства, преемственности поколений. Важную роль в этом играет знание истории и культуры родного края, поэтому целью данной работы является выявление значения краеведения в процессе формирования патриотизма.

Национальная доктрина образования РФ одной из приоритетных задач объявляет воспитание патриотов России, граждан правового, демократического государства, уважающих права и свободы личности, обладающих высокой нравственностью. Актуальность этой задачи в современных условиях подчеркнута и в специальной программе «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2011 — 2015 годы», утвержденной Правительством РФ в октябре 2010 года.

Многие люди считают, что внутренний мир человека сам по себе не формирует осознанное чувство патриотизма — он лишь основа. Формирование происходит тогда, когда он соприкасается с общественными ценностями, идеалами, традициями. Как невозможно научить любви к родителям одними призывами, так невозможно воспитать гражданина из школьника, изучающего историю Родину только по книгам. На мой взгляд, мощным средством воспитания будущего гражданина — патриота является краеведение.

В последнее время неуклонно возрастает роль краеведения в учебной и внеурочной работе. Это относится как к дисциплинам гуманитарного, так и естественно-научного цикла. Важность данной проблемы отражена в Законе РФ «Об образовании» и связана с национально-региональным компонентом образования.

Краеведение — это всестороннее изучения какой-либо территории, проводимое на научной основе. Объектами его изучения являются социально-экономическое, политическое, историческое и культурное развитие села, города, района, края. Краеведческая деятельность позволяет познакомиться со своим краем, познать патриотические, духовно-нравственные традиции народа. А это и есть истоки и основа патриотического воспитания.

Так, в образовательном процессе необходимо уделять особое внимание знаниям о родном крае, «малой Родине». Без этого невозможно становление настоящего патриотизма.

Ключевые слова: краеведение, патриотизм

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-2164-T-1851 Тезис

Саакян М.Т. Соловьева И.В.

Быстрое питание: заблуждения и опасности

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра русского языка как иностранного

Особенности питания современного горожанина и особенно молодого человека - чрезмерное увлечение фастфудом. Фастфуд - понятие, пришедшее к нам из Америки, обозначает быстрое питание. Этим термином обозначают пищу, которую можно быстро приготовить и предложить клиенту, например гамбургер.

Целью моей работы является: разъяснение опасности фастфуда; ознакомление с результатами проведенного социально-медицинского эксперимента, пропаганда здорового образа жизни.

Для реализации поставленных целей мы провели следующие исследования:

1) Опрос школьников для оценки их знаний о фастфуде (60 чел.);
2) Интервью с работниками ресторана быстрого питания (РБП);
3) Эксперимент по сохранности данных продуктов;
4) Интервью с гастроэнтерологом.

Получены следующие результаты: Большинство подростков в возрасте от 13 до 16 лет считают фастфуд символом современной городской еды. Второй ассистент директора одного из РБП Саратова заявил, что все продукты поступают в замороженном виде; для приготовления картофеля используют специальный жир (рецептура его не разглашается), поэтому есть его только горячим. Для проверки наличия консервантов проведен простой эксперимент. В одну стеклянную банку положили картофель, пожаренный дома, в другую – картофель купленный, в РБП. Через месяц домашний картофель почернел и сморщился, а цвет купленного картофеля не изменился. Детский гастроэнтеролог А.Н.Тупых рассказала, что систематическое употребление фастфуда увеличивает частоту гастритов, гастродоуденитов, приводит к поражению поджелудочной железы и печени, увеличивает частоту аллергических заболеваний. Высокая калорийность продуктов вызывает увеличение массы тела, способствует раннему развитию атеросклероза. Американский журналист Морган Спарлок проверил реальность вреда этой пищи: прошел полное медицинское обследование, затем в течение месяца ежедневно, питался в РБП. Итог- 12 кг лишнего веса, повышение уровня холестерина в несколько раз, вдвое возросшая опасность инфаркта и печень, как у алкоголика.

Таким образом, необходимо пропагандировать здоровое питание среди подрастающего поколения, чтобы не превратиться в нацию инвалидов.

Ключевые слова: фастфуд, опасность, эксперимент

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Инфекционные болезни

ID: 2012-11-1749-T-1731 Тезис

Подвербецкая Е.В., Подвербецкий О.Я.

Эффективность туберкулинодиагностики у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом легких

Украина, Буковинский ГМУ, кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Актуальность: ВИЧ-ассоциированный туберкулез (ВИЧ/ТБ) – актуальная проблема современной фтизиатрии. Снижение Т-клеточной иммунной защиты у ВИЧ-инфицированных больных значительно повышает их восприимчивость к инфицированию микобактериями туберкулеза и реактивации латентной тубинфекции, а также снижает диагностическую ценность методов выявления ТБ, в частности пробы Манту.

Цель: Исследовать эффективность пробы Манту у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в зависимости от количества CD4+-лимфоцитов.

Материалы и методы: Обследовано 15 больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (группа 1) и 40 ВИЧ-отрицательных больных с впервые диагностированным туберкулезом легких (группа 2). Степень иммуносупрессии у ВИЧ-инфицированных больных оценивали путем определения количества CD4+-клеток методом проточной цитометрии. Пробу Манту проводили с 2 туберкулиновыми единицами и оценивали через 72 часов.

Результаты: У больных ВИЧ-ассоциированным ТБ легких средний результат пробы Манту был достоверно меньшим по сравнению с результатами у больных гр. 2 (5,6 мм в гр. 1 против 11,95 мм в гр. 2, $p<0,0001$). У ВИЧ-положительных пациентов с уровнем CD4 +-клеток менее 200 кл/мкл положительная реакция на туберкулин наблюдалась в 4,7 раза реже, чем у больных с количеством Т-хелперов более 200 кл/мкл – 77,8% против 16,7% ($p=0,037$), что свидетельствует о низкой диагностической ценности пробы Манту у больных с выраженным иммунодефицитом. Корреляционный анализ (по методу Спирмена) показал прямую плотную связь между количеством CD4+-клеток и эффективностью пробы Манту ($r=0,8$, $p=0,0003$).

Выводы: Таким образом, туберкулез легких, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, характеризуется низкой диагностическая ценностью пробы Манту на стадии выраженного иммунодефицита ($p<0,05$), вследствие туберкулиновой анергии у пациентов с низкими показателями Т-клеточного иммунитета (CD4+<200 кл/мкл).

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ, ко-инфекция

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-1749-T-1735 Тезис

Еременчук И.В.

Характеристика и влияние производных имидазола на микобактерии туберкулеза

Украина, Буковинский ГМУ, кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Актуальность: На сегодня разработка и усовершенствование способов лечения (стандартных, эмпирических и индивидуальных) лиц с химиорезистентным туберкулезом легких (ХРТБ) очень важна, поскольку количество таких больных возрастает, а увеличение распространенности мультирезистентных микобактерий приводит к снижению качества лечения и, как следствие, к увеличению показателя смертности и поддержанию источника эпидемии в целом.

Цель работы: Изучить влияние производных имидазола на микобактерии туберкулеза (МБТ).

Материалы и методы: Проведен синтез новых структур (22 гетероциклических соединений), содержащие изониазидный и имидазольный фрагменты-N'-[(имидазол-5-ил) метилен] изоникотиногидразидов и постановка их действия на МБТ, выделенных из мокроты 10-ти больных с впервые диагностированным туберкулезом легких (ВДТБ) с сохраненной чувствительностью к антимикобактериальным препаратам (АМБП). Всего поставлено 250 проб (22 соединения на 10 больных (220) + 2 контроля на 10 больных (20) с разведением 10-2 и 10-4 (чистая среда) + 1 пробирок на 10 больных (10) с растворителем ДМСО) с концентрацией соединений 1 мкг/мл, 0,2 мкг/мл, 0,1 мкг/мл и 0,05 мкг/мл. Оценку результатов проводили через 21 день.

Результаты: По своему противотуберкулезному действию новые синтезированные соединения (II, IV, V, VI, VII пробы) при концентрации в питательной среде 0,05 мкг/мл в 4 раза активнее, чем использованый в качестве тест-объекта общеизвестный препарат изониазид.

Выводы: Таким образом, новые синтезированные соединения (производные имидазола), содержащие изониазидный и имидазольный фрагменты, могут быть прототипами для создания высокоэффективных противотуберкулезных лекарственных средств и, в частности, для лечения химиорезистентных форм туберкулеза легких.

Ключевые слова: туберкулез, лечение, гетероциклы

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-1656-T-1736 Тезис

Сотскова В.А., Абрамова Т.П.

Оценка эффективности выявления ВИЧ-инфицированных в неврологических стационарах г. Саратова

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра инфекционных болезней, кафедра неврологии ФПК и ППС

Патоморфологические исследования показывают, что поражение нервной системы выявляются у 90% больных ВИЧ-инфекцией, клинически неврологические осложнения определяются у 75% больных, в 10% случаев они бывают первым клиническим проявлением заболевания, в этой ситуации врачи-неврологи могут оказаться врачами первого контакта.

Цель исследования. Оценка эффективности обследования пациентов неврологических стационаров г. Саратова на ВИЧ-инфекцию для оптимизации алгоритма обследования на ВИЧ.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки отобраны медицинские карты 25250 больных, госпитализированных в неврологические стационары г. Саратова с января 2007 г. по апрель 2012 г. Оценивались диагноз при поступлении и выписке, пол, возраст, место проживания, код контингента и показания для обследования на ВИЧ, сведения об инфицировании ВИЧ и диспансерном учете в ГУЗ «Центр-СПИД». Обработку данных проводили с помощью Microsoft Office Excel 2007, STATISTICA 8.

Полученные результаты. Исследование крови на антитела к ВИЧ за указанный период произведено у 2010 пациентов. Положительным тест оказался у 37 больных. В 2007 и 2008 гг. зарегистрировано по 1 случаю выявления ВИЧ-инфицированных, в 2009 г. - 4 случая, в 2010 г. – 11, в 2011 г. – 10, за первый квартал 2012 года выявлено 10 больных. Средний возраст инфицированных - 40,86±14,42 лет. Число обследованных на ВИЧ пациентов, в стационарах города колебалось от 0,2% до 16%, различия по выявляемости инфицированных были достаточно значительными (0,04% - 0,5%). Больные поступали в неврологические стационары по экстренным показаниям в 87% случаев. В медицинской документации отделений, как правило, отсутствовала информация о коде контингента для обследования на ВИЧ.

Выводы. Необходимо расширять контингент обследуемых на ВИЧ среди пациентов неврологических отделений в связи с ростом распространенности ВИЧ-инфекции, а так же разрабатывать диагностические алгоритмы, с учетом региональных факторов риска развития патологии нервной системы у ВИЧ-инфицированных, для решения проблемы раннего выявления таких больных в стационарах и оптимизации тактики их ведения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, поражение нервной системы

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-1656-A-1761 Оригинальная статья

Заяц Н.А., Казанцев А.В., Кормильцев В.В., Абрамкина С.С.

Проблемы иммунопрофилактики в Саратовской области

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра эпидемиологии

Резюме

Целью работы явилось изучение состояния проблемы отказа от вакцинации различных групп населения Саратовской области. Для выполнения указанной цели, были поставлены следующие *задачи*: выявить причинную связь отказа населения Саратовской области от проведения иммунизации; анализ отношения к вакцинопрофилактике различных контингентов с учетом возраста, пола и уровня образования. *Заключение:* проведенное исследование с помощью анонимного анкетирования различных групп населения дает возможность более полно оценить отношение людей к иммунопрофилактике, установить те группы населения, с которыми, прежде всего, следует проводить санитарно-просветительную работу, информировать их о правах и обязанностях, с одной стороны, граждан, с другой стороны, медицинских работников при осуществлении данного профилактического мероприятия. Установлена необходимость представления во всех средствах массовой информации населения реальную значимость прививок как профилактического мероприятия, способного не только снизить, но и ликвидировать отдельные инфекционные заболевания.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, вакцинация, прививки

Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний осуществляется среди населения различных стран уже более 200 лет. Мировой опыт этого мощного профилактического мероприятия свидетельствует о его высокой эффективности и экономичности. Благодаря этому мероприятию в России удалось резко снизить заболеваемость корью, эпидемическим паротитом, краснухой и другими инфекционными заболеваниями. В 2002 году Россия была сертифицирована как территория свободная от полиомиелита. Именно благодаря вакцинации в глобальном масштабе была ликвидирована натуральная оспа. Со второй половины 80-х гг. прошлого века в СМИ началась и стала интенсивно проводиться антипрививочная компания с призывами к населению об их отказе от данного профилактического мероприятия, как вредного, наносящего ущерб для здоровья человека. Следует указать, что профилактические прививки проводятся во всех странах мира, включая многочисленные программы ВОЗ, например: расширенная программа иммунизации, которая реализуется в различных странах с 1974 г., целью которой является резкое снижение показателей заболеваемости ряда инфекций до социально приемлемого уровня, а также ликвидация отдельных инфекций в современный период, например: столбняка новорожденных, полиомиелита, синдрома врожденной краснухи и др.

Всего авторам удалось опросить 250 человек проживающих на территории г. Саратова, г. Энгельса, Федоровского района, среди которых мужчины составили 77 (30,8%), женщины 173 (69,2%). Возраст опрошенных составлял от 15 до 68 лет. В анкетировании принимали участие родители организованных детей, сотрудники детских дошкольных учреждений, студенты высших учебных заведений, сотрудники центра социального обслуживания населения и учащиеся 10-11 классов средних образовательных учреждений.

Из ответов опрошенных мы выяснили, что относятся положительно к вакцинации 183 человека (73,2%), отрицательно - 67 человек (26,8%).

На поставленный вопрос: «Причины возможных затруднений при осуществлении вакцинации» были получены следующие ответы: боязнь развития поствакцинальных реакций и осложнений -91 респондент (36,4%); отказ родителей от проведения вакцинации детям - 59 опрошенных (23,6%); отсутствие вакцин в лечебном учреждении в нужное время - 59 человек (23,6%).

На вопрос: «Для кого прививки являются необходимыми» от респондентов были получены следующие ответы: для ребенка, взрослого, чтобы предупредить возможность возникновения заболевания - 198 (79,2%) человек, среди которых мужчин - 51 (25,8%), женщин – 147 (74,2%); врачам - 48 (19,8%) человек (среди которых было женщин 29 (59,2%) и мужчин 21(42,8%)); никому не нужны - 14 (5,6%) человек (среди которых мужчин - 9 (64,3%), женщин – 5 (35,7%), при этом 10 человек отрицательно относятся к прививкам, 4 – положительно.

Устраивает проведение прививок в поликлинике - 132 (52,8%) опрошенных; не устраивает – 48 (19,2%) человек; устраивает, но не в полном объеме - 70 (28%) человек.

На вопрос: «Указать причины, которые не устраивают в работе прививочного кабинета в поликлинике», фигурируют наиболее часто встречающиеся ответы: нет отдельного дня для проведения иммунизации; прививочный кабинет находится в здании поликлиники и имеется возможность смешения потоков больных и прививающихся; возможность несоблюдения температурного режима при перевозке и хранении вакцин; наличие очереди.

На вопрос: «От кого можно получить необходимую информацию о прививках» были получены следующие ответы: от участкового врача - 143 (57,2%) опрошенных; от других родителей - 10 (4%) человек; от знакомого медицинского работника - 73 (29,2%); из СМИ, в том числе из интернета - 79 (31,6%). При этом доверяет информации о вакцинах, полученной из СМИ, в том числе из интернета - 47(18,8%) человека; не доверяет - 112 (44,8%); доверяет, но не в полном объеме - 89 (35,6%).

Обращает на себя внимание сам источник информации (наличие у него медицинского образования, практического опыта в здравоохранении) статьи в СМИ - 157 (62,8%), не обращает внимания - 79 (31,6%) опрошенных.

В соответствии с 9 и 10 статей Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", в Российской Федерации существует национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. На сегодняшний день в РФ существует система, при которой, любой желающий, может сделать прививку от ветряной оспы, вируса папилломы человека, гемофильной инфекции тип b и других инфекционных заболеваний.

На вопрос: «Согласны ли Вы получать платные прививки» были получены утвердительные ответы у 70 (28%) опрошенных; против - у 180 (72%).

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

На вопрос: «Где, по Вашему мнению, лучше провести «платную» прививку» - 72 (28,8%) человек провели бы вакцинацию в центре иммунопрофилактики; в условиях ЛПУ - 75 (30%) человек; в поликлинике - 81 (32,4%) человек.

На вопрос: «Будете ли Вы прививаться сами и, в будущем, прививать своего ребенка» - 208 (83,2%) респондентов ответили положительно; прививаться не будут - 42 (16,8%) респондента, из которых 33 человека отрицательно относятся к вакцинации.

На вопрос «Есть ли среди ваших знакомых, лица, отказывающиеся от прививок», положительных ответов было 170 (68%); отрицательных - 76 (30,4%).

На вопрос: «Какие прививки, по вашему мнению, должны быть внесены в национальный календарь прививок» в ответах значатся прививки против ВИЧ-инфекции и ветряной оспы.

Литература

1. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2003.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. для студ. / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М.: МЕДпресс-информ, 2002.
3. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. СПб: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2006.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Медико-биологические проблемы

ID: 2012-11-439-A-1624 Оригинальная статья

Баландина И.А., Вайнер А.Б.

Значение антропометрии в объективности оценки расстройств пищевого поведения

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, кафедра нормальной топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Резюме

В статье приводятся результаты исследования по оценке расстройств пищевого поведения и определению динамики антропометрических параметров тела при психодинамической коррекции пищевой зависимости.

Ключевые слова: антропометрия, аддикция, авитальность, ожирение

Введение

По последним оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) от избыточного веса страдали полтора миллиарда взрослых людей в возрасте от 20 лет и старше. Из этого числа ожирением страдали свыше 200 миллионов мужчин и свыше 300 миллионов женщин. В России в среднем 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение и 25% - избыточную массу тела. ВОЗ рассматривает ожирение как глобальную эпидемию (Мкртумян А.М. 2011; Валитова Б.М. 2011; Салихова А.Ф., Фархутдинова Л.М. 2012).

Цель исследования: Определить значение антропометрии в объективности оценки расстройств пищевого поведения и при анализе эффективности психодинамической коррекции пищевой зависимости.

Материалы и методы

Работа основана на результатах антропометрического исследования 104 пациенток, проходивших курс психодинамической коррекции пищевой зависимости в период с 2008 по 2009 г. Возраст пациенток варьировал от 20 до 50 лет, все трудоспособного возраста (100%).

Для этого мы использовали следующие антропометрические методы исследования: рост, массу тела, степень ожирения, идеальную массу тела (ИдМТ), площадь поверхности тела, толщину кожно-жировых складок, абсолютное и относительное содержание жира, окружность бедер, окружность талии.

Результаты

При определении средних показателей абсолютного содержания жира (АСЖ) получили следующие значения. Так, на момент начала коррекции веса АСЖ в среднем составляет 40,78±0,92 кг. Максимальное значение АСЖ достигает 65,37 кг, минимальное значение АСЖ при первичном обращении равно 27,75 кг.

Через год проведения психодинамической коррекции массы тела АСЖ пациенток в среднем равен 17,64±0,32 кг; 24,96 кг – наибольшее значение АСЖ, зафиксированное в нашем исследовании, 13,64 кг – наименьшее значение АСЖ.

При изучении отдаленных результатов эффективности психодинамической коррекции массы тела значение АСЖ в среднем составляет 17,75±0,29 кг; максимальный показатель АСЖ равен 23,79 кг, минимальный – 13,34 кг.

Значение медианы подтверждает характер распределения данных по значению средней арифметической и уменьшается от 40,75 кг (в момент начала коррекции веса) до 24,14 кг (через год коррекции и в отдаленных результатах).

Динамика АСЖ пациенток, которым проводилась психодинамическая коррекция пищевой зависимости, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Абсолютное содержание жира у пациенток с пищевой зависимостью при первичном обращении в клинику, после лечения и через три года после психодинамической коррекции пищевой зависимости, кг (n=104)

№	M±m	Max	Min	σ	Me	p
1	40,78±0,92	65,37	27,75	9,43	40,75	p < 0,05
2	17,64±0,32	24,96	13,64	3,23	17,5	p < 0,05
3	17,75±0,29	23,79	13,34	2,95	17,5	p < 0,05

Примечание: №1 – результаты исследования абсолютного содержания жира на момент начала коррекции веса; №2 – результаты исследования абсолютного содержания жира после лечения; №3 – отдаленные результаты исследования абсолютного содержания жира.

Заключение

Подводя итог, отметим, что выполнение антропометрических исследований имеет неоценимое значение в объективности оценки расстройств пищевого поведения и при анализе эффективности психодинамической коррекции пищевой зависимости. Сочетание метода экспресс-оценки вероятных расстройств пищевого поведения с антропометрическими исследованиями мы предлагаем для дальнейшей клинической апробации с целью объективизации результатов данного опросника. Анализ антропометрических показателей тела дает возможность объективно и аргументировано решать вопросы о вероятных расстройствах пищевого поведения широких выборок пациентов и рекомендовать его использование для предварительной экспресс-диагностики вновь обратившихся пациентов, с целью выявления патологии в группах высокого риска в специальных условиях (например, в балетных школах, группах фитнеса и спортивных заведениях), для внедрения в отделениях неврозов

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

клинических психиатрических больниц, в любых частных и государственных клиниках, занимающихся лечением ожирения. Сочетание психодинамической коррекции пищевой зависимости с исследованием антропометрических параметров тела позволяет прогнозировать динамику лечения и определять дальнейшую тактику ведения пациенток.

Литература

1. Авксенова М.Н. Роль ожирения в патогенезе репродуктивных нарушений у женщин /М.Н. Авксенова // Пермский медицинский журнал. – 2008. – Том 25. – №4. – С.41-43.
2. Вагин Ю.Р. Тифоанализ (теория влечения к смерти) / Ю.Р. Вагин. – Пермь: ПОНИЦАА, 2003. - 246 с.
3. Косыгина А.В. Новое в патогенезе ожирения: адипокины – гормоны жировой ткани // Проблемы эндокринологии. – 2009. – Т.55(1) – С.44-51.
4. Николаев В.Г. Методы оценки индивидуально-типологических особенностей физического развития человека / В.Г. Николаев, Е.П. Шарайкина, Л.В. Синдеева, В.П. Ефремова, В.А. Сапожников. – Красноярск: КрасГМА, 2005. – 111 с.
5. Пинхасов Б.Б. Нарушения пищевого поведения и предпочитаемые рационы питания у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением / Б.Б. Пинхасов, Ю.П. Шорин, В.Г. Селятицкая // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2009. - №1 (52) – С.80-83.
6. Саргаева Д.С. Особенности анамнеза и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у девушек-подростков и молодых женщин с ожирением / Д.С. Саргаева, О.А. Кисляк, А.В. Стародубова // Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2008. - №7(6) – С.328-329.
7. Терещенко И.В. Патогенетические механизмы гиперандрогении у молодых женщин при ожирении / И.В. Терещенко, М.Н. Авксенова // Материалы VI Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке». – Москва. – 2005. – С.461.
8. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья / А.Г. Щедрина. – Новосибирск: Наука, 2003. – 169 с.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-7-A-1763 Оригинальная статья

Матвеева Н.Н.

Влияние современных технологий на память человека

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Matveeva N.N.

Influence of modern technologies on human memory

Saratov State Medical Uninersity n.a. V.I. Razumovsky

Резюме

С каждым годом растет многообразие информационных технологий, а вместе с тем и их влияние на нашу жизнь и на нас самих. Как оказалось, это влияние далеко не положительно, а порой и отрицательно сказывается на здоровье, нарушая нормальную деятельность всех функциональных систем человеческого организма. А ведь у 100% опрошенных имеются мобильные телефоны, персональные компьютеры, телевизоры, которыми пользуются как взрослое, так и подрастающее поколение ежедневно. Количество получаемой радиации колоссально, выше всех установленных норм, что отрицательно сказывается прежде всего на нашей высшей нервной деятельности, в том числе и памяти. Но ведь можно снизить это губительное действие, выполняя всего несколько простых правил при пользовании достижениями науки.

Ключевые слова: память, влияние телевидения, вред компьютера, мобильный телефон, электромагнитное излучение

Abstract

Every year the variety of information technologies increases and at the same time its influence on our life and ourselves increases too. It turned out, that this influence is absolutely not positive, but negative for our health and upsets the normal functioning of all body systems. Meanwhile 100% of respondents have mobile phones, personal computers, television sets, what are daily used by grown-ups and children. The quantity of derivable radiation is tremendous and above the line. This fact adversely affects our higher nervous activity including memory. But we can decrease these destructive effects carrying out some easy orders in conditions of scientific progress.

Key words: memory, the influence of television, the harm of a computer, mobile phone, E-field radiation

Введение

Одним из основных свойств нервной системы является способность к длительному хранению информации о внешних событиях. Память лежит в основе способностей человека и является условием научения, приобретения знаний, формирования умений и навыков, таким образом, память входит в структуру интеллекта. Без памяти невозможно нормальное функционирование ни личности, ни общества. Благодаря памяти человек выделился из животного царства и достиг тех высот, на которых он сейчас находится. Да и дальнейший прогресс человека без постоянного улучшения этой функции немыслим.

Несомненно, на степень развития памяти, прежде всего, влияет генетический фактор, наследственность. Однако, влияние извне также играет важнейшую роль в становлении и протекании мнематических процессов.

В 21 веке – веке расцвета информационных технологий – главным и основным внешним фактором, влияющим на все функции нашего организма, является различного рода техника и достижения науки.

Цель: Именно установление уровня техногенного влияния на формирование и протекание процессов памяти стало целью данной исследовательской работы.

Материал и методы

Анкетирование проводилось внутри одной возрастной группы - 18-22 года, количеством 60 человек мужского и женского пола. По результатам проведения анкетирования среди студентов 2 курса высшего учебного заведения было установлено, что 100% респондентов ежедневно использует персональный компьютер или ноутбук, мобильные телефоны и прочие переносные устройства, имеющие выход в сеть Интернет, а также телевизоры. Именно данная категория людей и необходима для последующего сбора информации и ее статистического анализа.

Результаты

Средняя продолжительность 1 разговора больше у женщин, чем у мужчин, у которых преобладает количество кратковременных, но многократных звонков. Большинство представительниц женского пола (а это около 37% респондентов) общаются по мобильному телефону от 20 до 40 минут одномоментно, а около 9% - более 1 часа. Таким образом, у 56% из них за день «накапливается» около 2 часов контакта с телефоном, что в 12 раз превышает норму безопасного облучения для взрослого человека. У 50% опрошенных мужского пола норма превышена в 3 раза – что значительно ниже, чем у женщин. Однако, при этом дискомфорт после разговоров ощущает 22% девушек и 21% молодых людей.

Также в наше время при выборе средств связи мало внимания уделяется такому параметру, как SAR, что, на самом деле, имеет первостепенное значение.

SAR (англ. *Specific Absorption Rate*) или удельный коэффициент поглощения электромагнитной энергии — показатель, определяющий энергию электромагнитного поля, выделяющуюся в тканях тела человека за одну секунду. Чем выше данный показатель, тем большее влияние устройство оказывает на внутренние процессы. А что касается мобильного телефона, то это влияние направлено непосредственно на клетки коры больших полушарий головного мозга.

Про SAR слышало только около 9% девушек и 14% молодых людей, но никто из них не руководствуется этим критерием при покупке телефона.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Вторым объектом исследования стали персональные компьютеры, ноутбуки и прочие устройства, имеющие доступ к сети Интернет.

Подавляющее большинство опрошенных проводят за вышеуказанными приборами до 5 часов в сутки, как правило, не делая при этом перерывы в работе.

Третьим объектом является один из самых распространенных источников развлечения и отдыха – телевизор. Ежедневно на просмотр телепередач большинство студентов тратит до 1 часа: 86% мужчин и 72% женщин. Остальные же тратят на просмотр телевизора до 2 часов в день (14% и 11% соответственно) и более.

Также опрашиваемым был задан вопрос: «Сколько номеров из своей телефонной книги Вы знаете наизусть?», на который были даны следующие ответы: только 4% женщин знают все номера. Большинство (65% женщин и 50% мужчин) знает не больше 5 номеров.

Обсуждение

Таким образом, мужская половина респондентов оказалась более чувствительной к облучению, исходящему от мобильных телефонов, при том, что воздействие в несколько раз меньше, чем на женскую половину. Однако, все равно не стоит забывать хотя бы об элементарных правилах даже при отсутствии видимых эффектов: сократить по возможности телефонные разговоры, держать мобильное устройство от себя на расстоянии 50 см, желательно не разговаривать в транспорте – так как из-за постоянного движения и металлического корпуса усиливаются мощность и воздействие радиочастоты на пользователя.

Что касается компьютеров, то тут особых ограничений нет, кроме соблюдения расстояния от монитора до глаз (не меньше, чем на длину вытянутой руки) и конечно давать себе отдых при пользовании компьютером примерно каждые 40 минут длительностью не менее 15 минут.

Среди студентов телевизоры пользуются меньшим спросом и поэтому их влияние практически сведено к нулю.

Главной общей проблемой, возникающей при воздействии всех аппаратов, является ухудшение памяти – либо непосредственно, либо опосредованно. Излучение от сотового аппарата пагубно влияет на гематоэнцефалический барьер – вещества, находящиеся в крови, попадают в мозговые ткани и причиняют вред клеткам мозга. Интернет заменил память и является с некоторых пор для людей внешним хранилищем информационных материалов. При просмотре телевизора не развивается образное мышление и не обогащается словарный запас, также телевизор является источником слишком большого потока информации (два часа просмотра телевизора равносильно прочтению нескольких толстых книг, что приводит к повышенной утомляемости и даже агрессии из-за перенапряжения).

Заключение

Без памяти невозможно нормальное функционирование ни личности, ни общества. Благодаря своей памяти, её совершенствованию человек выделился из животного царства и достиг тех высот, на которых он сейчас находится.

Конечно же, несмотря на все исследования и весьма не оптимистичные результаты люди будут продолжать в той или иной мере пользоваться «дарами» информационного века. Но вредное влияние можно свести к минимуму всего лишь выполняя несколько простых правил, существующих для каждого из вышеперечисленных достижений науки. Основополагающий принцип – это, несомненно, по возможности давать своему организму побольше отдыхать от всех этих негативных воздействий, проводить время на свежем воздухе и находить иные менее вредные источники развлечений.

Литература

1. Киричук В.Ф., Атипова О.Н., Бабиченко Н.Е., Головченко В.М., Понукалина Е.В., Смышляева И.В., Токаева Л.К. Физиология человека. Саратов: Изд-во Саратовского медицинского университета, 2006. С. 95-106.
2. Орлов Р.С., Ноздрачёв А.Д. Нормальная физиология: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 688 с. URL: http://www.studmedlib.ru/books/ISBN9785970416624.html (дата обращения: 10.11.2012)
3. Судакова К.В. Нормальная физиология: учебник. М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с. URL: http://www.studmedlib.ru/books/ISBN9785970419656.html (дата обращения: 11.11.2012)
4. Телевизор – друг или враг? URL: http://sch578.edusite.ru/p66aa1.html (дата обращения: 11.11.2012)
5. Вред телевизора. URL: http://www.vredno-vsyo.ru/technika_v_dome/32-televidenie.html (дата обращения: 11.11.2012)
6. Вред компьютера. URL: http://www.vredno-vsyo.ru/technika_v_dome/105-vred-kompyutera.html (дата обращения: 11.11.2012)

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-27-T-1782 Тезис

Вакула Т.Н., Кремплевская С.П.

Энергетические напитки: за или против?

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Несколько лет назад американские ученые вознамерились спасти мир от усталости и хандры. В секретных лабораториях они вывели "волшебную" формулу smart drink — "энергетические напитки". Так появился бодрящий микс энерготоников.

В последнее время постоянно дискутируется вопрос об «энергетиках», высказываются противоположные мнения: одни - горячо радуются за прием этих «волшебных» напитков, другие резко против, споры по поводу энергетиков особенно разгорелись после сообщений о смертельных случаях, предположительно связанных с приемом этих напитков, не случайно.

Зарегистрировано негативное влияние энергетических напитков на здоровье человека, вследствие повышенного содержания в них кофеина. Однако кроме кофеина в состав энергетических напитков могут входить витамины и другие, биологически активные вещества. Поэтому, влияние их на организм человека неоднозначно.

Цель работы: познакомиться с историей, составом, применением энергетических напитков;

Ожидаемые результаты: создание мотивации для ведения здорового образа жизни молодежи;

Методы исследования: изучение и обзор литературы по теме энергетические напитки: за или против; анкетирование группы подростков 17-19 лет, включающей 114 студентов 1 курса СГМУ им.В.И.Разумовского.

В ходе исследования получены ответы на вопросы:

1) Как часто нынешняя молодежь употребляет энергетические напитки?

- 10 респондентов ответили, что употребляют их часто
- 41 респондент употребляют редко
- 63 респондента ответили, что не употребляют вообще

2)Что входит в состав энергетических напитков?

- 86 респондентов ответили, что в состав входит кофеин
- 58 респондентов назвали другие вредные для организма вещества

3)Чем полезны энергетические напитки и чему они вредят?

Все опрошенные ответили, что частое употребление оказывает негативное влияние на организм.

Практические результаты работы - создание информационных листков для студентов по темам: «Что такое энергетические напитки?», «Из истории энергетических напитков…», «Альтернатива энергетическим напиткам - спорт!»

Ключевые слова: энергетические напитки

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-24-T-1802 Тезис

Алипов В.В., Жданова А.С., Скачкова Н. В., Пономарёв В. В. Енин В. С., Моисеев Р. В.

Диагностика и лечение моделированного рака печени у крыс в эксперименте

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра оперативной хирургии

Сегодня невозможно представить себе экспериментальную онкологию без нанотехнологий. Благодаря плазмонным свойствам наночастиц металлов возможна визуализация опухолей и адресная доставка лазерного излучения к определенной зоне локализации опухоли.

Целью нашего исследования являлось изучение противоопухолевого действия наночастиц серебра и низкоинтенсивного лазерного облучения при лечении моделированного рака печени.

Задачи исследования включали в себя:

1) Моделирование опухоли печени;
2) Планиметрия и ЯМР – диагностика опухолей в условиях эксперимента;
3) Изучение режимов и способов введения коллоидного серебра при лазеротерапии опухолей;
4) Определение противоопухолевого действия наночастиц серебра при моделированных опухолях у крыс.

В эксперименте использовались следующие **материалы и методы:** 12 крыс массой 200-250 грамм. Противоопухолевый штамм «рак печени РС-1». Перевиваемую опухоль подкожно вводили в область межлопаточного пространства лабораторной крысе. На 11-12 день у 12 крыс обнаружили опухоли размерами 2*3*3 см в межлопаточной области. Опухолевые образования подвижные, эластической консистенции, с трофическими изменениями кожи. После определения оптической плотности нанораствора серебра (наноразмерность частиц 3-5 нм) начали введение раствора в ткани опухоли. Так же было проведено 12 сеансов лазеротерапии лазером «Матрикс», мощностью 15 мВт. В течение всего цикла лечения производились замеры опухоли, наиболее информативные результаты были получены на 7 и 12 дни лечения. На 7 и 12 дни было проведено ЯМРТ опухоли. При исследовании в мягких тканях спины и передне-боковой части живота крыс были выявлены неправильной формы образования с неровными, четкими контурами, однородной структуры без признаков распространения на внутренние органы. Был рассчитан их объем.

По окончанию эксперимента были сделаны следующие **выводы:** 1) Экспериментально апробирована методика моделирования опухоли печени в межлопаточном пространстве лабораторных крыс; 2) Обоснована возможность ЯМР-диагностики моделированной опухоли в эксперименте; 3) Применение НИЛИ не замедляет прогрессирование опухолевого роста; 4) В результате сочетанного применения наночастиц серебра и НИЛИ опухоль изъязвлялась, появились тромбированные сосуды, отмечалось уменьшение объема опухоли на 35%

Ключевые слова: нанотехнологии, опухоль печени, серебро, лазер

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-7-T-1852 Тезис

Великанов В.В., Великанова Т.С.

Коррекция изменений линейной скорости кровотока в магистральных артериях экспериментальных животных непрерывным режимом терагерцевого облучения на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра нормальной физиологии им. И.А. Чуевского

Целью исследования явилось изучение влияния непрерывного режима ТГЧ – облучения на частотах молекулярного спектра излучения и поглощения атмосферного кислорода 129,0 ГГц на показатели линейной скорости кровотока у белых крыс в состоянии острого иммобилизационного стресса.

Материал и методы

Для решения поставленной цели проводили исследование на 75 самцах белых нелинейных крыс массой 180-220 г. В качестве модели нарушений показателей гемодинамики нами использовался острый иммобилизационный стресс.

Облучение животных электромагнитными волнами терагерцового диапазона на частотах МСИП атмосферного кислорода 129,0 ГГц проводилось аппаратом для КВЧ терапии «Орбита». Однократное облучение животных на фоне острого иммобилизационного стресса проводилось в течение 5 минут.

Исследование кровотока в брюшной аорте и бедренной артерии осуществляли с помощью ультразвукового портативного микропроцессорного допплерографа ММ-Д-Ф («Minimax», Россия). Регистрировались следующие показатели гемодинамики: средняя линейная скорость кровотока (Vam), средняя линейная систолическая скорость кровотока (Vas), средняя линейная диастолическая скорость кровотока (Vad) и градиент давления (PG).

Результаты

Показано, что в состоянии острого иммобилизационного стресса происходит изменение показателей гемодинамики, что сопровождается статистически достоверным, по сравнению с группой контроля, увеличением средней линейной, средней линейной систолической, средней линейной диастолической скоростей кровотока и градиента давления.

При ТГЧ-облучении на частотах атмосферного кислорода 129,0 ГГц в течение 5 минут крыс-самцов на фоне острого иммобилизационного стресса в брюшной аорте и бедренной артерии происходит восстановление всех исследуемых показателей гемодинамики.

Ключевые слова: гемодинамика, стресс, атмосферный кислород

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-3928-T-1853 Тезис

Фролова А.В., Родионова Т.И., Каргина Л.В., Орлова М.М.

Клинико-лабораторная характеристика пациентов с гипоталамическим синдромом по г. Саратову

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России

Цели исследования: оценить выраженность степени ожирения и артериальной гипертензии у пациентов с гипоталамическим синдромом.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ 125 историй болезни с гипоталамическим синдромом, находившихся на госпитализации в отделении эндокринологии МУЗ ГКБ №9 г. Саратова в период с 01.09.2011 по 01.09.2012. У всех пациентов оценивались следующие показатели: возраст, индекс массы тела, степень артериальной гипертензии, уровень сывороточного кортизола, стриарный синдром, гинекомастия. Всем пациентам с повышенным уровнем сывороточного кортизола проводилась малая дексаметазоновая проба для подтверждения функционального характера нарушений. Статистическую обработку данных производили в пакете прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты: В исследование были включены пациенты в возрасте от 16 до 24 лет, средний возраст составил 18,9±2. Медиана индекса массы тела в исследуемой групппе составила 32,2±4 кг/м^2. Среди общей группы распределение по степеням ожирения (по классификакции ВОЗ, 1997г.) было следующим: избыточная масса тела – 41 пациент (42,8%), I степени – 60 пациентов (48%), II степени – 16 пациентов (12,8%), III степени – 7 пациентов (5,6%). У 103 пациентов (82,4%) имелась артериальная гипертензия (стойкое повышение *артериального* давления от 140 и 90 мм рт.ст. и выше). Среди данной группы больных соотношение различных степеней артериальной гипертензии выглядело следующим образом: 1 степени – 63 человека (61.2%), 2 степени – 35 человек (34%) и 3 степени – 5 человек (4,8%). Уровень кортизола плазмы (диапазон референтных значений 150-660 нмоль/л) был повышен у 55 пациентов (46,4%м — 868,7 ±140 нмоль/л): в общей группе больных составил 678,35±120 нмоль/л. По данным УЗИ грудных желез в 42,4 % случаев выявлена гинекомастия (у 53 пациентов): ложная у 73,6% (39), истинная - 26,4% (14). В группе пациентов с функциональным гиперкортицизмом обнаружена прямая слабая корреляционная зависимость содержания сывороточного кортизола с наличием стриарного синдрома (r=0,34). У всех пациентов с повышенным уровнем кортизола выявлена артериальная гипертензия, преимущественно 1 степени (в 65,45 %), что подтверждает прямая корреляционная зависимость средней силы (r=0,57).

Выводы: В обследованной популяции пациентов преобладает ожирение 2 А степени. Однако для пациентов с функциональным гиперкортицизмом харатерна артериальная гипертензия 1 степени, наличие стриарного синдрома, ожирение III степени.

Ключевые слова: гипоталамический синдром, ожирение, Саратов

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Медицинская и биологическая физика

ID: 2012-11-5-A-1793 Оригинальная статья

Невзоров А.Ю.,Щербакова И.В.

Полная адентия: выбор варианта лечения на основе компьютерного моделирования (in silico)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: адентия, протезирование

Протезирование зубов является одной из наиболее распространенных стоматологических процедур.

На современном этапе развития стоматологии остается актуальной проблемой лечение больных с вторичной частичной адентией и дефектами челюстей (Иванов С.Ю. с соавторами, 2003; Матыцин О.М., 2008, и др.).

Известно, что методы протезирования зубов в современной ортопедии весьма разнообразны, что позволяет подобрать варианты восстановления зубов индивидуально для каждого пациента. Выбор метода протезирования определяется, главным образом, состоянием зубов и десен пациента, его эстетическими предпочтениями и финансовыми возможностями.

Прежде всего следует отметить, что по типу используемых зубных протезов выделяются следующие способы протезирования зубов: съемное протезирование и несъемное протезирование (Вагнер В.Д. с соавторами, 2010).

Методы съемного протезирования зубов объединяет использование съемных протезов для замещения утерянных зубов. С помощью съемных зубных протезов можно восстановить функции одного или нескольких утерянных зубов, а также целого зубного ряда.

Восстановление целого зубного ряда представляет собой так называемое «полное съемное протезирование зубов». Оно применяется в тех случаях, когда произошла полная утрата зубов у пациента.

Съемные зубные протезы, как правило, изготавливаются из акриловых пластмасс методом литья, что делает их весьма эстетичными, довольно прочными и позволяет надолго сохранять свою форму.

В настоящее время съемное протезирование зубов включает в себя такие современные методы протезирования зубов, как:

- бюгельное протезирование;
- бюгельное протезирование на гальванотелескопах;
- протезирование с помощью гибких нейлоновых протезов.

Кроме того, в современной стоматологии по-прежнему активно используется традиционное съемное протезирование зубов полными съемными протезами (чаще всего для пациентов старшего возраста).

Несъемное протезирование зубов включает методы протезирования зубов на основе несъемных протезов для замещения утраченных зубов. Несъемные зубные протезы могут изготавливаться из самых разных материалов: металла, керамики, фарфора, пластмассы, композитных материалов. В отличие от съемных зубных протезов, несъемные протезы устанавливаются на длительный срок и снимаются для замены лишь в том случае, если по тем или иным причинам пришли в негодность.

При полной потере зубов, вследствие отсутствия давления на подлежащие ткани, усугубляются функциональные нарушения, атрофия лицевого скелета и покрывающих его мягких тканей. Поэтому протезирование беззубых челюстей является методом восстановительного лечения, приводящим к задержке дальнейшей атрофии, позволяет достигать как функционального, так и косметического эффекта (Копейкин В.Н., 2001; Шастин В.Н., 2012).

В случае полной вторичной адентии к несъемному протезированию зубов используется протезирование зубов на основе имплантатов, которое в последнее время получает все большее распространение. В данном случае протезирование зубов является вторым этапом восстановления утраченных зубов после установки и приживления зубного имплантанта. Причем протезирование на имплантатах, согласно ГОСТ Р 52600.2-2008, может быть как съемным, так и несъемным.

Все вышеперечисленные методы протезирования зубов обладают своими «плюсами» и «минусами». Вопрос о выборе того или иного метода лечения полной адентии решается индивидуально для каждого пациента. Для того чтобы учесть все показания и противопоказания, возможности и пожелания пациента, и добиться высокого качества оказания услуги, на современном этапе развития стоматологии применяется математическое и компьютерное моделирование (Шашмурина В.Р., Чумаченко Е.Н., 2008; Игнатьева Д.Н., 2010; Корнева О.Н., 2010 и др.).

Продолжают совершенствоваться средства моделирования поведения зубочелюстных сегментов в зависимости от конкретных условий состояния полости рта. Рассчитываются поступательные перемещения и углы поворота зубов в зависимости от модуля сдвига костной ткани, проекции и координаты приложения сил, жевательное давление различных участков протеза, влияние геометрии корня зуба на его поступательные перемещения. Это позволяет создать уникальную, наиболее подходящую пациенту конструкцию, компенсирующую повреждения в виде полной адентии.

Таким образом, посредством компьютерного моделирования удаётся оптимизировать процесс лечения полной адентии. За счет применения компьютерных моделей повышается эффективность работы стоматологов, пациенты с адентией получают возможность улучшить качество жизни.

Литература

1. Протокол ведения больных. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия). М., 2008.
2. Вагнер В.Д., Салеев Р.А., Смирнова Л.Е., Бочковский И.С., Вашурин И.В. Технологии ортопедического лечения стоматологических больных // Клиническая стоматология. 2010. № 1. С.12-15.
3. Грачев Д.И. Повышение эффективности ортопедического лечения и качества жизни больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти // Стоматолог. 2011. № 3. С.15-17.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

4. Игнатьева Д.Н. Использование методов компьютерного моделирования при планировании и прогнозировании стоматологического лечения // Тезисы докладов науч.-техн. конф. студентов, аспирантов и молодых специалистов МИЭМ / МИЭМ. М., 2010. С.7.
5. Корнева О.С. Рациональное проектирование вязкоупругих шинирующих и протезирующих стоматологических конструкций: Автореф. дис. … канд. техн. наук: 01.02.06 / Новокузнецкий филиал-институт ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет». Кемерово, 2010.
6. Матыцин О.М. Обработка информации трехмерным компьютерным моделированием при вторичной частичной адентии и дефектах челюстей: Дис. ... канд. мед. наук: 05.13.01 / ГОУ ВПО «Тульский государственный университет». Тула, 2008.
7. Ортопедическая стоматология / Под ред. В.Н. Копейкина, М.З. Миргазизова. М., 2001.
8. Шастин В.Н. Протезирование зубов у пациентов с полной адентией // Бюллетень компании «Implay». 2012. № 10. С.11-14.
9. Шашмурина В.Р., Чумаченко Е.Н. Математическое моделирование в планировании ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти // Стоматология. 2008. № 1. С.35-39.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Морфология

ID: 2012-11-7-A-1743 Оригинальная статья

Брилль Г.Е., Егорова А.В., Бугаева И.О., Штефанова Г.С.

Влияние УВЧ-излучения на процесс структурной самоорганизации бактериального липополисахарида

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Исследовано влияние низкоинтенсивного электромагнитного излучения на структурообразовательные свойства бактериального липополисахарида. Установлено, что низкоинтенсивное электромагнитное излучение частотой 1 ГГц, плотностью мощности 0,1 мкВт/см2 ,воздействующее в течение 10 мин., приводит к изменениям в суспензионной системе ЛПС – физиологический раствор, которые отражаются на кинетике структурообразования.

Ключевые слова: бактериальный липополисахарид , низкоинтенсивное электромагнитное излучение

Введение

Бактериальный липополисахарид представляет собой амфифильный биополимер, сочетающий в пределах одной молекулы гидрофильные (О-специфические цепи, олигосахарид кора) и гидрофобный (липид А) фрагменты. Патогенные свойства ЛПС зависят не только от его химической структуры, но в значительной мере определяются характером пространственной организации надмолекулярных комплексов, образуемых молекулой ЛПС с различными компонентами биожидкостей [Варбанец Л.Д, 2004;. Brandenburg K., 2004]

В настоящее время доказанным является модифицирующее влияние низкоинтенсивного лазерного излучения красной и фиолетовой областей спектра на процесс структурообразования бактериального ЛПС в водной суспензии и физиологическом растворе натрия хлорида [Агаджанова К.В., 2010]. Однако изменение способности ЛПС к самоорганизации путем образования макромолекулярных комплексов при воздействии НЭМИ изучено не было.

Цель: Изучить модифицирующее влияние низкоинтенсивного электромагнитного излучения с частотой 1 ГГц на структурообразовательные свойства бактериального липополисахарида.

Материал и методы

В работе использовался липополисахарид E. coli 055:B5 (фирма Sigma, США). ЛПС разводили ex tempore в 0,9% растворе натрия хлорида (20 мг/мл). Приготовленную суспензию делили на 2 пробы: одна являлась контролема другая в течение 10 мин. подвергалась электромагнитному воздействию с помощью аппарата «Акватон-2» (производитель фирма «Телемак», Саратов, Россия), генерирующего излучение с частотой 1 ГГц плотностью мощности 0,1 мкВт/см^2. Раструб излучателя помещался на расстоянии 10 см от облучаемого объекта.

Для изучения процесса спонтанного структурообразования ЛПС использовался метод клиновидной дегидратации [Шабалин В.Н.,2001], основанный на исследовании структурного следа (фации), формирующегося при высыхании капли препарата в стандартных условиях. 1 мкл исследуемой суспензии (контрольная проба) помещался на сухое, чистое, обезжиренное предметное стекло. Обычно наносились 6-8 капель для сравнительного анализа. Далее предметное стекло с препаратом в строго горизонтальном положении помещали в термостат и высушивали при 37°С в течение 30 мин. Аналогично с контрольными пробами готовились опытные препараты.

После высыхания препараты подвергались микроскопическому исследованию. Применялась световая микроскопия (Zeiss, Germany; увеличение 4, 10, 25, 40 раз) с фоторегистрацией структурного следа и сохранением информации в файле компьютера.

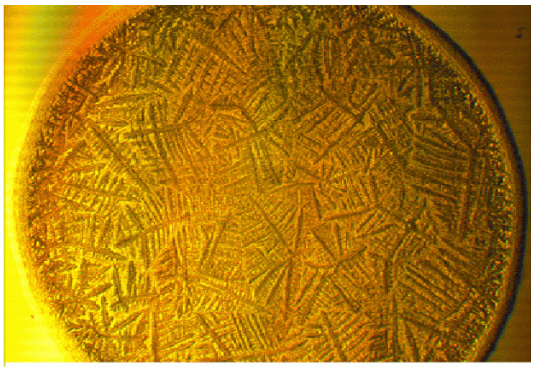
Имидж-анализ фаций включал их качественную характеристику, а также расчёт количественных показателей с последующей статистической обработкой.

При обработке фаций использовалась специальная компьютерная программа, позволяющая рассчитывать следующие параметры: S1 – площадь периферического ободка, нормированная на общую площадь фации; S2 – площадь промежуточной зоны, нормированная на общую площадь фации; S3 – площадь центральной зоны, нормированная на общую площадь фации; S1/S2 – смещение центра промежуточной зоны относительно центра ободка фации; S2/S3 – смещение центра центральной зоны относительно центра ободка фации. В центральной и промежуточной зонах фации рассчитывались: N – количество гребешков в типичном фрагменте фации; Average size (AS) – средний размер гребешков в типичном фрагменте фации; Entr. – неоднородность поверхности фации в типичном фрагменте; D corr. – корреляционная размерность типичного фрагмента. Количественные параметры обрабатывались статистически с использованием t-критерия Стьюдента с использованием статистического пакета программ Prizm-4.

Результаты

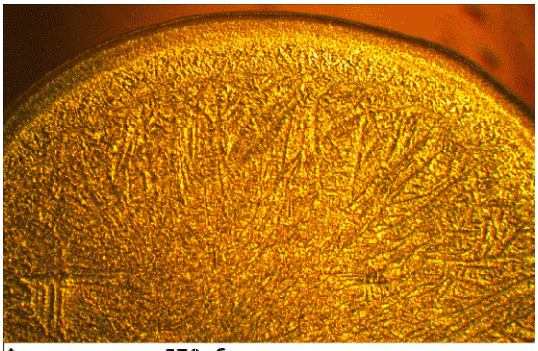
Картина фаций, получаемых при дегидратации необлучённой суспензии ЛПС в физиологическом растворе (рис.1), отличалась разнообразием структурных элементов. Здесь чётко визуализировались 3 зоны: приподнятый ободок, обрамляющий фацию по периферии (периферическая зона), приободковая (или промежуточная) и центральная зоны.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.



Фация необлученной суспензии ЛПС (рис.1)

Рис. 1. Фасция необлученной суспензии ЛПС



Фация суспензии ЛПС облученного низкоинтенсивным электромагнитным излучением (рис.2)

Рис. 2. Фасция суспензии ЛПС, обученного низкоинтенсивным электромагнитным излучением

Ободок отличался малой структурированностью, лишь в отдельных его участках встречались мелкие глыбчатые образования. Приободковая зона занимала небольшую часть площади фации и характеризовалась наличием мелких линейных дендритных и папоротникообразных элементов. В центральной зоне выявлялись крупные ветвистые образования, содержащий линейную основную ось с отходящими от неё под углом 90o боковыми ветвями.

Облучение суспензии ЛПС низкоинтенсивным электромагнитным излучением (рис.2) приводило к заметной модификации процесса структурообразования. При этом отмечались следующие типичные изменения в картине фаций: увеличивалась плотность пространственного распределения элементов в приободковой (промежуточной) зоне, утрачивалась их структурная чёткость. Линейные дендритные образования в центральной зоне значительно уменьшались в размерах, так что данная область фации выглядела практически однородной. Но в непосредственной близости от приободковой зоны появлялись радиально ориентированные элементы с волнистой осевой направляющей ветвью и отходящими от неё под разными углами короткими ответвлениями.

Результаты количественной обработки фаций, получаемых при клиновидной дегидратации суспензии ЛПС в контроле и после УВЧ облучения, представлены в табл. 1.

Как видно из таблицы, воздействие низкоинтенсивным электромагнитным излучением с частотой 1 ГГц приводило к изменению относительных размеров различных зон фации: уменьшались периферическая и приободковая зоны ($p<0,01$ и $p<0,001$ соответственно), в то время как размер центральной увеличивался на 20% ($p<0,01$). После УВЧ – воздействия примерно в 2 раза возрастало количество гребешковых объектов в центральной и приободковой зонах фации ($p<0,05$). Однако их средний размер не претерпевал существенных изменений. На этом фоне в 1,2 раза увеличивался показатель Entr., характеризующий структурную неоднородность центральной зоны фации ($p < 0,05$), а также на 32% возрастал показатель Entr. приободковой зоны ($p=0,02$). Достоверно изменялась и структурированность (корреляционная размерность) обеих анализируемых зон ($p=0,02$).

Обсуждение

Предположительно, влияние УВЧ на молекулу ЛПС опосредуется через изменение состояния водно-солевого окружения. В этих условиях изменяются гидратационные свойства водных молекул и, возможно, свойства гидрофобных и гидрофильных областей в молекуле ЛПС, что может отразиться на способности молекул токсина образовывать агрегаты.

Заключение

Результаты данных экспериментов свидетельствуют о том, что низкоинтенсивное электромагнитное излучение частотой 1 ГГц, плотностью мощности 0,1 мкВт/см2, , воздействующее в течение 10 мин., приводит к изменениям в суспензионной системе ЛПС – физиологический раствор, которые отражаются на кинетике структурообразования.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Таблица 1. Результаты статистической обработки количественных показателей имидж-анализа фаций, полученных при клиновидной дегидратации раствора ЛПС в контроле и после облучения УВЧ (1 ГГц)

Показатели	Контроль	УВЧ
S_1	n=8 0,411±0,01	n=8 0,353±0,01 p < 0,01
S_2	n=8 0,372±0,005	n=8 0,334±0,005 p < 0,001
S_3	n=8 0,222±0,013	n=8 0,278±0,007 p < 0,01
S_1/S_2	n=8 0,011±0,002	n=8 0,015±0,004 p > 0,05
S_2/S_3	n=8 0,019±0,003	n=8 0,023±0,005 p > 0,5
Центральная зона		
N об.	n=6 85,7±10,5	n=6 157,8±14,03 p < 0,05
Aver.	n=6 171,6±2,8	n=6 189,2±3, 67 p > 0,5
Entr.	n=6 0,28±0,02	n=6 0,36±0,02 p < 0,05
D corr.	n=6 1,82±0,01	n=6 1,86±0,005 p < 0,02
Приободковая зона		
N об.	n=6 85,6±10,5	n=6 185,2±14,7 p < 0,05
Aver.	n=6 156,2±24,2	n=6 206,8±23,9 p > 0,1
Entr.	n=6 0,301±0,02	n=6 0,4436±0,003 p < 0,02
D corr.	n=6 1,826±0,013	n=6 1,869±0,002 p < 0,02

p – достоверность различий с контролем

Литература

1. Агаджанова К.В. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на структурообразовательные свойства и биологические эффекты бактериального липополисахарида. Дис….канд. мед. наук, Саратов, 2010.
2. Варбанец Л.Д. Структура, функция, биологическая активность эндотоксинов грамотрицательных бактерий (обзор) / Л.Д. Варбанец, Н.В. Винарская // Современные проблемы токсикологии. Киев: ООО «Медицина Украины», 2004. № 1. С. 9-13.
3. Шабалин В.Н. Морфология биологических жидкостей человека / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина // М.: Хризостом, 2001. 304 с.
4. Brandenburg, K. Endotoxins: relationships between structure, function, and activity / K. Brandenburg, A. Wiese // Curr. Top. Med. Chem. 2004. Vol. 4. P. 1127-1146.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-6-T-1781 Тезис

Мамедова Н.Д, Уварова И.А.

Гистофункциональные изменения легкого плода при воздействии свинца на материнский организм

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. Разумовского Минздрава России, кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Экологический кризис, связанный с загрязнением окружающей среды, охватывает не только Россию, но отмечается и во всем мире, что приводит к массовому росту заболеваемости; к генетическим изменениям. Одним из вредно- действующих факторов, влияющими на организм человека являются тяжелые металлы. Среди них свинец включен в списки приоритетных загрязняющих веществ.

В настоящее время проведены много экспериментов по выявления влияния свинца на организм. Например, в эксперименте на крысах линии Вистар изучалось влияние свинцовой интоксикации материнского организма на морфофункциональное состояние легкого плода.

Объектом исследования служили легкие плодов 20-го дня внутриутробного развития, матери которых получали с питьевой водой нитрат свинца в концентрации 0,3 мг/л и 30 мг/л по иону свинца.

В условиях воздействия на самок экологической концентрации свинца (ЭКС) в течение беременности гистологическое строение легкого плода не отличается от контроля. Легкое имеет преимущественно альвеолярное строение. Представлены все структуры бронхов. Определяется множество альвеолярных ходов. В отдельных альвеолярных перегородках встречаются гладкомышечные волокна. Наблюдаются многочисленные незрелые мелкие сосуды с толстой стенкой и узким просветом. Эластический каркас альвеолярной паренхимы полностью не сформирован, коллагеновые волокна между легочными дольками и вокруг бронхов тонкие.

Между клетками альвеолярного и бронхиального эпителия, гладкомышечными волокнами бронхов и сосудов, а так же в строме органа определяется множество APUD клеток.

В легких плодов, матери которых подвергались влиянию токсической концентрации свинца (ТКС) в течение беременности, отмечены признаки задержки развития. Легочные дольки маленькие, разделены широкими прослойками рыхлой соединительной ткани. Альвеолярное строение слабо выражено, альвеолы плоские, мелкие, выстланы кубическим эпителием. Обилие альвеолярных ходов, альвеолярные перегородки широкие. Артериолы имеют примитивный вид: толстые стенки, узкий просвет с выступающими в него округлыми эндотелиальными клетками.

В строме, между эпителиальными клетками, в стенках сосудов и альвеолярных перегородок выявляются APUD клетки.

Результаты проведенного экспериментального исследования свидетельствуют о нарушении морфофункционального состояния легких у плодов крыс, матери которых подвергались воздействию свинца. Снижение функциональной активности легочной ткани в результате снижения компенсаторно-приспособительных реакций и структурная незрелость тканей легкого плода являются предпосылками нарушения здоровья в постнатальном периоде развития.

Ключевые слова: морфология, гистология, свинец, экология

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-6-T-1784 Тезис

Мудрак Д.А, Суворина О.В, Лукина Г.А.

Половой диморфизм тотальных размеров тела студентов в возрасте 18-19 лет

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра анатомии человека

Уровень физического развития является отражением здоровья и благополучия человека. Физическое развитие выявляется в значениях соматометрических показателей. Проведение массовых обследований юношеского возраста позволяет выявить современные тенденции роста и развития.

Цель: изучение половой изменчивости тотальных размеров тела студентов в возрасте 18-19 лет.

Исследование проведено на базе СГМУ среди студентов I-II курсов по общепринятой методике с помощью стандартного набора антропометрических инструментов. У всех были измерены длина и масса тела, окружность грудной клетки, поперечный и передне-задний диаметр грудной клетки.

Значения длины тела юношей варьировали от 168,0 см до 187,5 см и в среднем составили 178,1±1,3 см, этот показатель по сравнению с девушками больше на 12,3 см, различия статистически достоверны ($p<0,001$). Вариабельность признака слабая (CV=2,89-3,81%). Масса тела юношей в среднем составила 67,9±2,4 кг; девушек – 56,0±2,6 кг, различия статистически достоверны ($p<0,01$). Признак характеризуется средним (CV=13,87-17,73%) варьированием. Значения окружности грудной клетки юношей находились в интервале от 65,0 см до 100,0 см (86,8±2,21 см); девушек – от 61,0 см до 84,0 см (73,5±1,72 см), различия статистически значимы ($p<0,001$). Коэффициент вариации слабый и равен 9,1-9,89%. Поперечный диаметр грудной клетки у юношей в среднем составил 24,3±1,71 см; у девушек – 19,2±0,95 см; различия статистически достоверны ($p<0,05$). Передне-задний диаметр грудной клетки юношей варьировал от 15,0 см до 31,0 см (23,1±1,21 см); девушек – от 16,0 см до 27,0 см (23,8±0,91 см), различия данного признака статистически недостоверны ($p>0,05$).

Таким образом, исследование показало, что для тотальных размеров тела характерен половой диморфизм. Все изученные параметры тела студентов в возрасте 18-19 лет преобладают у юношей по сравнению с девушками.

Ключевые слова: половой диморфизм, размеры тела, студенты

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-6-T-1786 Тезис

Рыкалина Е.Б., Чехонацкий И.А, Лукина Г.А.

Закономерности изменчивости тотальных размеров тела школьников в возрасте 12-18 лет

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра анатомии человека

Данные соматотипирования широко используются в стандартизации физического развития и прогнозирования здоровья населения. При характеристике телосложения большое значение имеют такие параметры как длина и масса тела. Так как они являются генетически детерминированными факторами меры здоровья человека и показателями его социальной адаптации, кроме того масса тела влияет на размеры и конфигурацию внутренних органов.

Цель исследования: выявить изменчивость тотальных размеров тела школьников в аспекте возрастной и половой изменчивости.

Исследование проводилось на базе МОУ «Медико-биологический лицей» г. Саратова среди учащихся 6-11 классов. Объектом исследования стали 145 учащихся в возрасте 12-18 лет. Антропометрическое исследование проводилось по общепринятой методике с помощью стандартного набора антропометрических инструментов. Все исследуемые учащиеся были разделены на 2 возрастные группы: подростковый период 13-16 лет (мальчики), 12-15 лет (девочки) и юношеский период 17-21 год (юноши), 16-20 лет (девушки).

Средняя масса школьников юношеского возраста составляет 55,9±0,96 кг, что на 1,8 кг больше, чем в подростковом возрасте. Длина тела учащихся подросткового возраста варьирует в пределах от 140,0 до 183,0 см, юношеского – от 152,0 до 190,0 см. При этом средние значения данного параметра у подростков на 5,4 см меньше, чем в юношеском возрасте. Обхват грудной клетки среди подростков варьирует от 64,0 до 103,0 см, а среди лицеистов юношеского возраста – от 64,0 до 97,0 см. Средняя масса тела среди девушек составляет 53,5±0,87 кг, в свою очередь у юношей масса тела колеблется от 34,0 до 96,0 кг, коэффициент вариации признака составляет 18, 6% (средняя вариабельность). Средний обхват грудной клетки у девушек меньше, чем у юношей, на 1,4 см и составляет 82,0 ±0,64см.

Таким образом, девушки характеризуются более низкими значениями длины, массы тела и меньшими поперечными размерами грудной клетки по сравнению с представителями мужского пола. Кроме того, выявлено преобладание всех тотальных размеров тела в юношеском периоде развития, по сравнению с подростковым.

Ключевые слова: закономерности изменчивости, тотальные размеры тела

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-6-T-1808 Тезис

Скворцова В.В.

Если бы не было эндотелия в сосудах, его нужно было бы выдумать…

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Какую роль может выполнять слой клеток, контактирующий с главной жидкостью организма-кровью? Обращаю внимание на два механизма, обеспечивающих регуляторное воздействие на функциональное состояние сосудистой стенки и формирование местных защитных реакций организма.

Первая функция эндотелия связана с секрецией эндотелиального фактора релаксации (ЭФР), эндотелинов. Выяснено, что один из механизмов расслабляющего действия ЭФР опосредовано его связыванием с гемоглобином, металлопорфиринами крови. Степень активности ЭФР в этом случае регулируется функциональным состоянием гемоглобина: оксигемоглобин ингибирует, а карбоксигемоглобин стимулирует релаксацию гладкомышечных клеток (Louis J. Ignaro, Russell E. Byrns, 1987). Но при нарушениях кровообращения ЭФР может вызывать обратные реакции-высвобождение факторов констрикции сосуда (ацетилхолина, гистамина, серотонина и др.). При удалении эндотелия (коронарные сосуды)происходит спонтанное сокращение гладких мышц, увеличивается чувствительность сосудистой стенки к факторам констрикции (д.м.н. А.Н.Корж, 2003). Это говорит о прямом и опосредованном влиянии состояния эндотелия на многие патологические состояния ССС.

Существует специфическое для сосудистой системы взаимодействие эндотелиальных клеток и компонентов крови- лейкоцитов и тромбоцитов. На поверхности всех трех участников экспрессируются рецепторы-селектины (соответственно E-, L- и P- селектины). Связывание рецепторов L-селектинов лимфоцитов, моноцитов, нейтрофилов и эозинофилов с их лигандами на поверхности активированного провоспалительными медиаторами эндотелия позволяет проникнуть им в окружающие ткани, вызывая местные воспалительные реакции. Но взаимодействие селектинов не строго специфично. Так, P-селектин, вырабатываемый эндотелиальными клетками наряду с E-селектином, провоцирует связывание тромбоцитов с моноцитами и нейтрофилами, что регулирует процессы свертывания крови. При определенных воздействиях на лейкоциты с их поверхности возможно отщепление L-селектинов, обнаруживаемые в сыворотке крови, что имеет диагностическое значение. Например, у больных СПИДом или лейкемией наблюдается повышение содержания L-селектина в сыворотке (Thomass F. Tedder, 1995).

Уже то, что мутации генов, кодирующих селектины, могут являться причиной патологического взаимодействия клеток с эндотелием и формирования атеросклеротических бляшек, и факт превалирующего действия ЭФР в артериях, говорят о необходимости дальнейшего изучения с виду невзрачной, а на деле совершенно необходимой эндотелиальной выстилки кровяного русла.

Ключевые слова: эндотелий, ЭФР, релаксация, селектины

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Неврология, нейрохирургия и психиатрия

ID: 2012-11-23-T-1692 Тезис

Ларькин И.И., Ларькин В.И., Преображенский А.С.

Синдромы SCIWORA и SCIWONA в детском возрасте

ГБОУ ВПО Омская ГМА Минздрава России

Актуальность. Одной из особенностей повреждения спинного мозга у детей является высокая вероятность его изолированного повреждения (синдром SCIWORA – spinal cord injury without radiograph abnormality). Данный синдром описан Pang D и Wilberger Jr в 1982г., как травматическая миелопатия без рентгенологических (в том числе и КТ) изменений. По мнению различных авторов частота встречаемости у детей до 60-75% всех повреждений позвоночника. Однако, оказалось что пострадавшие с синдромом SCIWORA достаточно разнородная группа. Yucesoy K и Yuksel KZ (2008) описали синдром SCIWONA (spinal cord injury without neuroimaging abnormality), как одну из разновидностей повреждения спинного мозга у детей. Однако в литературе достаточно противоречивые сведения о частоте встречаемости и клинических особенностей данных повреждений.

Цель исследования установить часттоту встречаемости и особенности клинических проявлений обеих синдромов у детей.

Материалы и методы проведен анализ клинических случаев 157 детей, в возрасте от 3 до 15 лет, находившихся на лечении в БУЗОО ГДКБ№3 г. Омска в период с 1996 по 2011г с диагнозом изолированного повреждения спинного мозга. Неврологический статус оценивался по шкале Frankel, всем пациентам проведена рентгенография позвоночника, 63 пациентам проведена МРТ. Для определения степени тяжести повреждения спинного мозга использованы критерии T.Zwimpfer (1990).

Результаты исследования. При поступлении по шкале Frankel у 1 пациента вявлено повреждение типа B, у 8 тип C, у 50 тип D, у 98 тип E. Ушиб спинного мозга диагностирован у 21 пациента, у остальных сотрясение спинного мозга. При проведении рентгенографии позвоночника травматической патологии не выявлено. При МРТ исследовании у 3 пациентов диагностировано кровоизлияние в спинной мозг. У 154 пациентов (синдром SCIWONA) отмечен регресс неврологического дефицита в сроки от суток до 2 недель, до типа E по шкале Frankel. У 3-х пациентов с кровоизлиянием отмечен незначительный регресс неврологического дефицита в течение месяца.

Выводы:

1. Синдром SCIWONA у детей встречется чаще, чем SCIWORA (соотношение 1:50);
2. Исход изолированного повреждения спинного мозга у детей зависит от степени начального неврологического дефицита и МРТ картины повреждения.

Ключевые слова: SCIWORA, SCIWONA, детский возраст

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-1212-T-1696 Тезис

Тараканова Е.А.

Психиатрия и правовое законодательство

ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии - наркологии ФУВ

В течение длительного времени в России не существовало законодательной базы, регламентирующей деятельность психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами. Одной из задач Закона «О психиатрической помощи…», является защита граждан от необоснованной дискриминации в обществе на основании имеющегося у них психиатрического диагноза.

До настоящего времени актуальной остается существующая проблема осведомленности (информированности) пациентов о правовых нормах в психиатрии, у многих из них сформировано устойчивое мнение о том, что при наличии у человека психиатрического диагноза он будет ограничен в своих правах в отношении получения образования, устройства на работу, самовыражения в различных видах творчества, принятии самостоятельных решений без контроля родственников или общества и т.д.

Статья 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» полностью согласуется со статьей 1 Конституции РФ: «…Основные ценности демократического государства – жизнь человека, его права и свободы». В частности, психическое расстройство как раз и является тем фактором риска, который нередко приводит к ущемлению прав и свобод контингента психиатрической службы.

В рамках клинико-социального исследования качества жизни больных шизофренией нами было обследовано 345 пациентов. Одной из задач работы было изучение особенностей формирования и типологии самостигматизации больных шизофренией с использованием специально разработанного опросника, в котором тесно переплелись вопросы, касающиеся как особенностей формирования стигмы психически больного, так и другим важным этическим вопросам именно психиатрической практики.

В целом, при проведении данного исследования были получены данные, свидетельствующие о недостаточности правового и юридического образования лиц, страдающих психическими расстройствами, что, несомненно, оказывает определенное негативное влияние на качество жизни пациентов и их семей.

Ключевые слова: психиатрия, право, закон

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-23-T-1714 Тезис

Раздорская В.В., Юдина Г.К.

Ассоциации болезни Паркинсона и эссенциального тремора

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К. Н. Третьякова

Введение: Несмотря на нозологическую самостоятельность эссенциального тремора (ЭТ) и дрожательных форм болезни Паркинсона (БП), эти два распространенных двигательных расстройства патогенетически связаны. Нередко они последовательно развиваются или сочетаются у одного и того же пациента.

Методы: Из 407 лично осмотренных больных с БП у 26 пациентов (10 мужчин и 16 женщин) одновременно наблюдались симптомы и БП и ЭТ. Клинико-анамнестические данные позволили выделить в рамках этой группы две самостоятельные подгруппы, которые отличались возрастом дебюта, длительностью заболевания, этапностью развития симптоматики, индивидуальной реакцией на противопаркинсонические препараты.

Результаты: В первой подгруппе (11 человек) уже в дебюте заболевания – в основном в пожилом возрасте – одновременно сочетались клинические проявления БП и ЭТ: умеренная гипокинезия и комбинация выраженного постурального тремора и тремора покоя с преобладанием дрожания в руках. Заболевание у всех имело гемитипное распределение с выраженной асимметрией при генерализованном треморе. Причем у трех больных отмечался грубый постуральный тремор до степени неудержимого трясения, для уменьшения которого они были вынуждены садиться на соответствующую руку. Само постуральное дрожание всегда появлялось после отчетливой начальной задержки. У четверых больных наблюдался ещё и тремор головы и/или подбородка усиливающийся после эмоционального и физического напряжения. Синдромальное окружение в подгруппе проявлялось гипосмией, запорами, нарушением поведения во сне, отмечался низкий противотреморный эффект алкоголя. Леводопа была эффективна у трёх больных. Родственники половины пациентов имели тремор рук и/или головы.

Во второй подгруппе (15 человек) по-видимому, наблюдалась трансформация ЭТ в БП. Заболевание здесь дебютировало в более молодом возрасте с классических проявлений ЭТ и имело доброкачественное течение. Первоначально изолированное у этих больных постуральное дрожание с характерным распределением руки – голова или голова – руки через 8-12 лет дополнялось клиническими проявлениями синдрома паркинсонизма. По мере прогрессирования патологического процесса утрачивалась первоначальная резистентность к дофаминергическим препаратам, исчезал противотреморный эффект алкоголя. У половины больных родственники страдали ЭТ.

Заключение: Устойчивые клинические ассоциации БП и ЭТ возникают либо при их одновременном сочетании, либо при последовательном присоединении БП к ЭТ.

Ключевые слова: эссенциальный тремор, болезнь Паркинсона, трансформация, ассоциация

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-23-T-1715 Тезис

Раздорская В.В., Юдина Г.К.

Трансформация во времени дебютных форм болезни Паркинсона

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К. Н. Третьякова

Введение: Фенотипическая гетерогенность болезни Паркинсона (БП) несомненна, поскольку заболевание характеризуется широким спектром двигательных расстройств и немоторных проявлений. Ранее выделение на клиническом уровне фенотипов БП осуществлялось на основании преобладающих моторных дисфункций. Теперь, когда стала понятной значимость в клинической картине заболевания таких характеристик как возраст дебюта, скорость прогрессирования, степень тяжести и выраженность когнитивных нарушений, размерность исходного факторного пространства заметно возросла.

Методы: Для идентификации старта конечных классических форм БП в масштабах традиционных анамнестических и клинических данных применен метод главных компонент. Проанализирована «привычная» информация по когорте больных БП численностью в 340 человек, осмотренных лично.

Результаты: Наилучшая модель, описывающая клиническую форму развития болезни, получилась при сокращении вдвое признакового пространства наблюдений и выявлении значимого вклада только для отдельных показателей в подмножестве латентных переменных – главных компонент. Так, среди традиционно регистрируемых данных наиболее принципиальными оказались: пол, наследственность, стадия и некоторые клинические признаки дебюта. В результате, исследуемая когорта больных была представлена пятью независимыми группами, в которых пациенты объединяются по ведущему моторному симптому дебюта БП и сопоставимы по возрасту, возрасту дебюта, продолжительности болезни. Хронологические данные больных с успехом апроксимируются распределением Вейбулла, которое здесь проявляет еще и гендерную аддитивность. Кроме того в группах, согласно критерию Краскела-Уоллеса, статистически равноценны распределения пациентов по полу, наследственной предрасположенности, степени тяжести и скоростям прогрессирования заболевания.

Заключение: По мере прогрессирования заболевания моносимптомная клиническая картина дебюта обогащается, и первоначально возникший кардинальный симптом обычно сохраняется в дальнейшем. Однако по степени выраженности дебютный моторный симптом с течением времени может уйти на второй план и даже в некоторых случаях практически редуцироваться. Оформившиеся на этапе выраженных двигательных нарушений клинические феномены БП сохраняют распределение для одинаковых признаков дебюта независимо от стороны проявления.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, трансформация, дебютные формы

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Организация здравоохранения и история медицины

ID: 2012-11-8-R-1764 Обзор

Наливаева А.В.

Информационные технологии в медицине: доказанные факты и нерешенные проблемы

ФГБУ Саратовский НИИ кардиологии Минздрава России

Резюме

В данном обзоре литературы рассматриваются наиболее актуальные вопросы развития информационных технологий (ИТ) в медицине. Проводится анализ клинических исследований в этой области оказания медицинской помощи, выделяются задачи, стоящие перед здравоохранением, и способы их решения путем внедрения современных ИТ, дискутируются споры, возникшие на данном этапе становления информационных технологий в медицине.

Ключевые слова: информационные технологии, медицина, интернет, телефонная связь, видеоконференц-связь

Важнейшей социальной задачей государства является обеспечение прав граждан на получение доступной, своевременной и качественной медицинской помощи независимо от места жительства и социального положения. На развитие принципиально новых направлений организации оказания медицинской помощи населению, успешно используемых в практическом здравоохранении многих стран, существенное влияние оказал прогресс в информационных, телекоммуникационных и медицинских технологиях [1]. Преимущества внедрения данных технологий в клиническую практику являются предметом дискуссий на протяжении последних десятилетий.

Известно, что высокая эффективность клинического использования информационных технологий (ИТ) заключается в снижении количества осложнений и неблагоприятных исходов, социально-экономической выгоде, улучшении качества жизни [2]. Именно использование систем дистанционной фиксации и трансляции физиологических параметров, реальновременного наблюдения и контроля, телеконсультирования пациентов позволили перевести медицину на качественно новый уровень, сделав доступными круглосуточные врачебные online консультации, профилактические мероприятия, динамический мониторинг состояния пациентов, контроль и экстренную коррекцию ключевых параметров жизнедеятельности, организма человека. Для этого могут применяться следующие технологии: интернет (электронная почта, web-сайты), телефонная связь (стационарная, мобильная), видеоконференц-связь и другие [2].

Медицинские ИТ в настоящее время применяются для решения следующих задач в области здравоохранения:

1) Мониторинга и контроля физиологических параметров пациентов [2-11], таких как артериальное давление, частота сердечных сокращений, уровень глюкозы крови и др. Данный подход к удаленному телемониторингу часто реализуется, в том числе, в имплантируемых устройствах, электрокардиостимуляторах и имплантируемых кардиовертерах-дефибрилляторах, обеспечивающих передачу данных о функционировании имплантированной системы, а также обширной информации о состоянии пациента [12-14].

2) Поддержка мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и их ранней диагностике [2, 6, 9].

3) Повышение доступности медицинской помощи группам населения, проживающим в географически удаленных регионах, сельской местности, пациентам с ограниченными возможностями, а также пациентам замкнутых или организованных коллективов. Так, например, в штатах Джорджия и Техасе (США) реализована телекоммуникационная связь между медицинскими учреждениями, тюрьмами штатов и хосписами [15, 16].

4) Обеспечение пожилого населения качественным амбулаторным наблюдением [6, 7, 16]. По мере того, как люди подходят к пенсионному возрасту, они вступают в период жизни, связанный с высоким риском экономически затратных и опасных для жизни хронических заболеваний. Важным компонентом контроля здоровья в этом случае может стать мониторинг физиологических параметров пациентов, имеющих отношение к профилактике и лечению данных заболеваний, а также организация телемедицинских консультаций и др. Актуальность проблемы дополнительно подтверждается статистическими данными, что к 2020 году пожилые граждане будут составлять до 25% населения земного шара [17].

Недавнее рандомизированное контролируемое исследование, посвященное применению телемедицины при индивидуальном ведении больных, выявило улучшения в контроле уровня глюкозы крови при сахарном диабете у пожилых в регионах, признанных «получающими недостаточное медицинское обслуживание» в штате Нью Йорк (США) [16].

5) Реабилитация пациентов, нуждающихся в психиатрической, психофизиологической и/или психологической помощи [12, 15, 18]. В процессе удаленного аудиовизуального общения пациента и врача происходит как психологическая реабилитация, так и ускорение физической реабилитации. Пациент перестает себя чувствовать одиноким и беспомощным, его психофизиологическое состояние улучшается, появляется уверенность в себе [17]. Отдельным видом подобного типа помощи является аспект влияния на психологический статус родителей больных детей - применение систем телемониторинга в педиатрии привело к снижению уровня тревожности родителей [19].

6) Поддержка реабилитационных мероприятий у пациентов после операций [2, 17].

7) Реабилитация и телемедицинские услуги женщинам до и после родового периода [17, 20].

8) Телемедицинская поддержка медицины критических состояний [21-24].

9) Организация консультационной поддержки оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях со стороны высококвалифицированных специалистов крупных медицинских центров [15, 17].

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

10) Военная телемедицина. Телемедицина оказывается крайне эффективной при организации медицинской помощи в районах проведения боевых действий [15].

11) Информационная поддержка мероприятий в области организации здравоохранения, клинического аудита и т.п. [25, 26].

По итогам ряда клинических исследований, в том числе, в медицинских организациях Канады, Италии, Австралии, Англии и Германии (2004-2009 г.), были выявлены следующие положительные тенденции внедрения ИТ в практическом здравоохранении:

- улучшение приверженности к лечению, в частности по данным [27] доля пациентов, активно использующих методы домашнего самоконтроля, увеличивается до 90%.
- снижение частоты госпитализаций пациентов [2, 28].
- улучшение качества жизни, психологического и социального стояния пациента [29, 30];
- снижение смертности среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 20-25% по сравнению с рутинной технологией организации медицинской помощи, т.е. без использования ИТ систем [22, 23, 29, 31];
- повышение удовлетворенности больных медицинскими услугами и улучшение качества жизни [30, 32];
- повышение информированности пациентов о своем заболевании [32];
- улучшение качества обслуживания, своевременная коррекция лекарственной терапии, высокая эффективность медикаментозного лечения;
- повышение экономической эффективности медицинской помощи [2, 24, 29, 31];

Исходя из этого, необходимость глобального внедрения ИТ в медицине подтверждена многочисленными исследованиями, и на первый взгляд не вызывают сомнений.

Однако в ряде исследований была показана низкая эффективность систем телемониторинга у пациентов пожилого возраста с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем [33-36].

В частности, в исследование Paul Takahashi и его коллег из Клиники Мейо, (Рочестер, США), [34] были включены 205 пожилых пациентов с вышеуказанными хроническими заболеваниями, которые были разделены на две группы: 1) получавшие медицинскую помощь с использованием ИТ; 2) получавшие рутинную медицинскую помощь (домашние электронные системы для телемониторинга артериального давления, частоты сердечных сокращений и других физиологических показателей, видеоконференции, короткие телефонные консультации). При этом по частоте вызовов бригады скорой помощи и госпитализаций не было выявлено значимых различий между изучаемыми группами пациентов. Аналогичная ситуация сложилась и в отношении количества дней, проведенных в стационаре. Отметим, что у пациентов, получавших медицинскую помощь с использованием ИТ, частота госпитализаций и вызовов скорой помощи осталась неизменной по сравнению с периодом до включение их в исследование. Остается необъяснимым также факт повышения смертности в данной группе пациентов (смертность в группе рутинной меицинской помощи составила 3,9%, в группе телемониторинга — 14,7%, (p=0,008). П. Такахаси полагает, что на результат исследования оказал влияние какой-либо неучтенный фактор, например поддержка ухаживающих лиц и т.п. [34].

Согласно данным метаанализа, проведенного Марком Фрейманом и Рендой Вайнер из Бостонского медицинского центра (13 исследований с участием более 40 тысяч пациентов), смертность среди тяжелобольных пациентов достоверно не снижается при использовании систем телемониторинга [35]. Также имеются данные рандомизированного исследования удаленного мониторинга электрокардиографических показателей, а также артериального давления, массы тела в рамках телемедицинского наблюдения (с возможностью организации экстренной медицинской помощи), где было показано отсутствие положительного влияния используемых технологий наблюдения на исходы заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью [12, 37]. Это стало причиной оживленных дискуссий среди ученых и врачей по проблемам внедрения ИТ в клиническую медицину. Так, например, кардиолог из Школы медицины Йельского университета, штат Коннектикут, США, Harlan Krumholz, считает, что избыточный контроль действительно способен нанести пациентам вред. Он приводит пример ситуации, когда врач чрезмерно сильно реагирует на незначительные изменения биометрических показателей и назначает лечение, хотя при отсутствии телемониторинга эти изменения остались бы незамеченными и проблема, возможно, решилась бы без медицинского вмешательства. Harlan Krumholz считает, что использование систем телемониторинга следует ограничить сугубо научно-исследовательскими целями; широкое применение ИТ, по словам автора, можно будет рекомендовать лишь после выяснения всех спорных моментов и исключительно для тех категорий пациентов, которым это действительно необходимо. Автор также полагает, что требуются дальнейшие исследования для определения верной тактики работы с системами телемониторинга : «Сами по себе компьютеры не помогут и не навредят — важно, что сделаете вы сами с полученной информацией. Я думаю, как только мы сможем создать эффективный план работы с подобными устройствами, сразу возникнут изменения к лучшему» [33].

Анализируя данные многочисленных исследований не вызывает сомнений тот факт, что ИТ — это полезный инструмент для повышения качества и эффективности медицинской помощи. Однако их использование требует тщательного подхода к подготовке медицинского персонала, организации структуры непосредственно медицинской помощи и управлением ею. Можно предположить, что сокращает смертность, частоту госпитализаций, улучшает качество жизни не само внедрение ИТ, а адекватные интерпретации результатов их использования и принятия решений (врачебных, организационных и др.) достижения целей медицинской помощи [12].

Нерешенные проблемы внедрения ИТ в медицину требуют дополнительного изучения. Для этого в настоящее время в мире реализуются множество крупных исследований и проектов. В частности одним из наиболее крупных проектов по изучению перспектив в развитии ИТ в медицине и их эффективности является межправительственный проект «Применение транснациональных телемедицинских решений» (Implementing Transnational Telemedicine Solutions, ITTS) в скандинавских странах, Великобритании и Ирландии [38]. Планируемый срок реализации проекта до декабря 2013 года. Ожидается, что по его итогам появится возможность оценить применение ИТ в разных областях медицины. Важнейшими задачами исследования являются оценка эффективности применения видеоконсультаций в медицине, возможности ведения стационара на дому с использованием ИТ. Координация проекта возложена на Центр изучения вопросов здравоохранения в сельской местности, расположенный в шотландском городе Инвернессе (Великобритания).

Литература

1. Сердюков А.Г., Набережная И.Б., Захаров Д.А. Социологическое обоснование внедрения телемедицинских технологий в практику // Заместитель главного врача. 2008. №2. С. 12-20.
2. Казаков В.Н., Владзимирский А.В., Дорохова Е.Т. Телемедицина в практике семейного врача // Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2005. Т. 3. №2. С. 124-130.
3. Engelbrecht R. Telemedicine – a way to better care // Deutsches Forschungszentrum fur Umwelt und Gesundheit Koch-Metschnikow-Forum, Sektion eHealth. Berlin, Helmholtz Zentrum Munchen, 2009. URL:http://zdrav.tomsk.ru/export/sites/ru.tomsk.zdrav/ofic/konferenz/engelbreht.pdf
4. Хассанов И. Медицинские информационные системы и мобильный телемониторинг пациентов // Материалы конференции «Информационные технологии в здравоохранении», Казань, 9 июня 2011 г. URL: http://www.kirkazan.ru/@files/upload/Khassanov_2011.pdf
5. Home – The Best Place for Health Care A positioning statement from The Joint Commission on the state of the home care industry. USA: The Joint Commission, 2011. URL: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Home_Care_position_paper_4_5_11.pdf
6. Meystre S. The Current State of Telemonitoring: a Comment on the Literature // Telemed J E Health. 2005. Vol. 11. Iss. 1. P. 63-69.
7. Довгалевский П.Я., Гриднев В.И., Киселев А.Р. Инновационная медицинская технология амбулаторного лечения артериальной гипертонии на основе компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи // Современные медицинские технологии. 2008. №1. С. 91-93.
8. Шварц В.А., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Посненкова О.М. Клиническая эффективность технологии динамического амбулаторного наблюдения за больными артериальной гипертонией с использованием компьютерной системы и мобильной телефонной связи // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009, Т. 5. №3. С. 358-362.
9. Киселев А.Р., Шварц В.А., Посненкова О.М. и др. Профилактика и лечение артериальной гипертонии в амбулаторных условиях с использованием мобильной телефонной связи и Интернет-технологий // Терапевтический архив. 2011. №4. С. 46-52.
10. Kiselev A.R., Gridnev V.I., Shvartz V.A. et al. Active ambulatory care management supported by short message services and mobile phone technology in patients with arterial hypertension // Journal of the American Society of Hypertension. 2012. Vol. 6. Iss. 5. P. 346-355.
11. Martin-Lesende I., Orruño E., Cairo C. et al. Assessment of a primary care-based telemonitoring intervention for home care patients with heart failure and chronic lung disease. The TELBIL study // BMC Health Services Research. 2011. Vol. 11. P. 56.
12. Кларк Э.Л. Сердечная недостаточность 2011: обзор избранных исследований, способствовавших последним достижениям клинической кардиологии // Український кардіологічний журнал. 2012. №2. С. 119-128.
13. Хасанов И.Ш. Телемониторинг кардиопациентов как основа развития дистанционного контроля состояния больных. // Healthy Nation. 2011. №3. С. 61-65.
14. Bourge R.C., Abraham W.T., Adamson P.B. et al. COMPASS-HF Study Group. Randomized controlled trial of an implantable continuous hemodynamic monitor in patients with advanced heart failure: the COMPASS-HF study // J. Amer. Coll. Cardiology. 2008. Vol. 51. P. 1073-1079.
15. Венедиктов Д.Д., Григорьев А.И., Казинов В.А. и др. Телемедицинские технологии в здравоохранении России. Обзорная справка. 2004 г. URL: http://pathology.narod.ru/new_page_16.htm
16. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Edited by E. Nolte and M. McKee. England, Berkshire: Open University Press, 2011. 290 p.
17. Домашний мониторинг. Интегральные решения DiViSy для домашнего мониторинга, телепатронажа и дистанционного общения. URL: http://www.divisy.ru/Areas-Of-Application/Home-Monitoring/
18. Кручинин Г. Возможности телемедицины при оказании психиатрической помощи. URL: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31191877
19. Spanjers R., Rutkowski A.F. The Telebaby Case // In: EHealth Care Information Systems: An Introduction for Students and Professionals. T. Tan eds. John Wiley & Sons, 2005: P. 27-36.
20. Информационные технологии в медицине (Тематический научный сборник). Под ред. Г.С. Лебедева, О.В. Симакова, Ю.Ю. Мухина. М.: Радиотехника, 2010. 152 с.
21. Васильков В.Г., Сафронов А.И., Щукин В.С., Бершадский А.М. Реализация концепции информационно-справочного обеспечения клинической деятельности в медицине критических состояний // Информационные технологии. 1998. №5. С. 35-38.
22. Васильков В.Г., Щукин В.С. Возможности использования телекоммуникационных технологий в медицине критических состояний (Обзор литературы, часть 1) // Вестник интенсивной терапии. 1998. №1. С. 3-6.
23. Васильков В.Г., Щукин В.С. Возможности использования телекоммуникационных технологий в медицине критических состояний (Обзор литературы, часть 2) // Вестник интенсивной терапии. 1998. №2. С. 3-6.
24. Васильков В.Г., Сафронов А.И. Телекоммуникационные технологии и развитие службы медицины критических состояний // Информационные технологии. 2000. №6. С. 48-50.
25. Posnenkova O.M., Kiselev A.R., Gridnev V.I. et al. View on the Problem of Managing of Medical Care Quality // Oman Medical Journal. 2012. Vol. 27. Iss. 3. P. 261-262.
26. Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И. и др. Контроль артериального давления у больных гипертонией в первичном звене здравоохранения. Анализ данных регистра артериальной гипертонии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. Т. 11. №3. С. 4-11.
27. Вудворд Дж., Элдридж Д. Комплаенс, приверженность, согласие – дело не в названии // Новая медицина тысячелетия. 2011. №5. С. 16-19.
28. Scherr D., Kastner P., Kollmann A. et al. Effect of home-based telemonitoring using mobile phone technology on the outcome of heart failure patients after an episode of acute decompensation: randomized controlled trial // Journal of Medical Internet Research. 2009. Vol. 11. Iss. 3. P. e34.
29. Инглис С., Кларк Р., Макалистер Ф. Структурированная поддержка по телефону или телемониторинга программ для пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Кокрановская База данных Систематических Обзоров/ 2010. Вып. 8.
30. Колесник А.Ю. Международный опыт мониторинга медицинских услуг и оценка результативности в сфере здравоохранения Аналитическая записка. USAID, 2005.
31. Обзор результатов клинических исследований систем телемониторинга. URL: http://medts.net/services/personalnyy_telemonitoring/detail.php?ID=8
32. Фоменко А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения // Медицинские новости. 2011. №11. С. 31-38.
33. Жигунова А.К. Рост смертности среди пациентов пожилого возраста, пользующихся системами телемониторинга // Украинский медицинский журнал. 2012. URL: http://www.umj.com.ua/article/31515
34. Takahashi P.Y., Pecina J.L., Upatising B. et al. A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits. Arch Intern Med. 2012. Vol. 172. Iss. 10. P. 773-779.
35. Telemonitoring may not offer improved outcomes for critically ill patients // ScienceDaily, American Thoracic Society, 2011. URL: http://www.sciencedaily.com/releases/2011/05/110516111643.htm
36. Pittman G. Telemonitoring may not help older patients // Medscape. 2012. URL: http://www.medscape.com/viewarticle/762147

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

37. Koehler F., Winkler S., Schieber M. et al. Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Investigators. Impact of remote telemedical management on mortality and hospitalizations in ambulatory patients with chronic heart failure: the telemedical interventional monitoring in heart failure study // Circulation. 2011. Vol. 123. P. 1873–1880.
38. Implementing Transnational Telemedicine Solutions, ITTS. URL: http://www.transnational-telemedicine.eu/

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-231-T-1791 Тезис

Куруптурсунов А.А.

Анализ заболеваемости населения Саратовской области болезнями системы кровообращения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права

Актуальность темы: Суммарный экономический ущерб в России, связанный с оказанием медицинской помощи при болезнях системы кровообращения (БСК) прогрессивно увеличивается и составляет около 1 трлн. руб. в год.

Цель. Анализ заболеваемости БСК населения Саратовской области (СО).

Методы и материалы. Показатели заболеваемости БСК изучены по материалам Росстата, Министерства здравоохранения Российской Федерации (РФ), Министерства здравоохранения Саратовской области за период 2002-2011гг. Проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости БСК по СО с аналогичными показателями по РФ и Приволжскому Федеральному округу (ПФО).

Результаты: Рост показателя общей заболеваемости БСК у детей (0-14 лет) СО в 2002-2011 гг. составил 25% (с 324 до 405 на 10 тыс. населения). В 2011 г региональный показатель превышал аналогичные по РФ (224 на 10 тыс. населения) и ПФО (319 на 10 тыс. населения). Рост общей заболеваемости БСК у подростков (15-17 лет) СО составил 21% (с 757 до 916 на 10 тыс. населения). В 2011 г показатель СО в 4 раза превышал общероссийский (224 на 10 тыс. населения) и почти в 3 раза по ПФО (319 на 10 тыс. населения). У взрослого населения СО выявлен самый значительный рост данного показателя - 73% (с 1750 до 3042 на 10 тыс. населения). В 2011 гг. региональный показатель превышал российский (2724 на 10 тыс. населения), но был ниже чем в ПФО (3083 на 10 тыс. населения).

Показатель первичной заболеваемости БСК у детей СО за 2002-2011гг. увеличился на 29% (с 113 до 146 на 10 тыс. населения) и в 2011г. превышал уровень по РФ (92 на 10 тыс. населения) и ПФО (119 на 10 тыс. населения). Первичная заболеваемость подростков СО БСК в 2002 -2011 гг. выросла на 25% (с 202 до 253 на 10 тыс. населения), взрослых – на 75% (с 214 до 375 на 10 тыс. населения). В 2011 г. показатель первичной заболеваемости взрослого населения СО превышал аналогичный по РФ (302 на 10 тыс. населения) и ПФО (320 на 10 тыс. населения).

Выводы: В Саратовской области за период 2002–2011гг. отмечался рост показателей общей и первичной заболеваемости БСК во всех возрастных группах населения. В 2011 году показатели заболеваемости БСК по СО превышали аналогичные по РФ и ПФО.

Ключевые слова: заболеваемость, болезни системы кровообращения, Саратовская область

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-231-T-1801 Тезис

Бондаренко А.Е.

Основные тенденции эпидемического процесса заболеваемости туберкулезом в Алтайском крае

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Основные тенденции эпидемического процесса заболеваемости туберкулезом в Алтайском крае. В настоящее время в РФ является актуальной проблема высокой заболеваемости населения туберкулезом. В Алтайском крае средняя заболеваемость активной формой туберкулеза в период с 2000 по 2009 гг. превышает среднероссийские показатели более чем в 1,5 раза. Так в 2006 году показатель заболеваемости туберкулезом в крае составил 141,7 на 100000 населения, в то время как показатель по РФ в том же году - 82,6 на 100000 населения. При этом Алтайский край занимает 5 место в Сибирском федеральном округе (СФО) по первичной заболеваемости туберкулёзом. Целью данной работы явилось установление тенденции эпидемического процесса заболеваемости туберкулезом в Алтайском крае. Зависимость заболеваемости туберкулёзом от жизненного уровня населения подтверждают результаты анализа показателей состояния здоровья по туберкулёзу в СФО. Выявлена сильная обратная корреляционная связь между индексом доходности (соотношение среднедушевого дохода и стоимости минимального набора продуктов питания) и уровнем первичной заболеваемости туберкулёзом ($r=0,71$, $p<0,05$). Среднемноголетним показателям заболеваемости туберкулезом населения Алтайского края в период с 2005 по 2009 гг. была дана картографическая интерпретация. При этом все административные районы края были разделены на 4 группы по уровню заболеваемости (на 100000 населения): 1 группа: 0; 2 группа: (0; 213]; 3 группа: (213; 426]; 4 группа: более 426. В Алтайском крае заболеваемость туберкулёзом имеет тенденцию к снижению, но ситуация остаётся стабильно тяжелой. В крае не встречается районов с отсутствием заболеваемости туберкулезом. Заболеваемость активной формой туберкулеза распространена повсеместно по территории Алтайского края. Из 60 районов 11 с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом. Средний уровень заболеваемости характерен для 41 из 60 административных районов края.

Ключевые слова: оценка эпидемической ситуации

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Офтальмология и оториноларингология

ID: 2012-11-3883-A-1712 Оригинальная статья

Мареев Г.О.

Исследование подвижности барабанной перепонки в модельном опыте

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России

Mareev G.O.

Investigation of tympanic membrane vibration through modelling experiment

Saratov State Medical University

Резюме

Описывается модельный опыт по исследованию подвижности структур среднего уха лазерным автодинным методом. Приводятся результаты собственных исследований подвижности барабанной перепонки на препаратах при помощи лазерного автодинного измерителя и их значение в дифференциальной диагностике заболеваний уха. *Материалы:* исследование проведено на 20 свежих препаратах височных костей. *Результаты:* в модельном опыте на препаратах височных костей получены амплитудно-частотные характеристики колебаний структур среднего уха и барабанной перепонки. *Заключение:* возможна оценка амплитуды вибраций барабанной перепонки и структур среднего уха с применением лазерного автодинного измерителя наносмещений что открывает перспективы разработки нового объективного метода оценки слуховой функции.

Ключевые слова: лазерный автодин, барабанная перепонка, среднее ухо, височная кость

Abstract

Article described investigation of nanovibrations middle ear structures assessed in modeling experiment by usage of modern nanotechnology methods. Experiments were made on fresh temporal bone specimens. Presented the results of our own research of the eardrum movements measured by the laser autodyne system. *Materials:* A study included experiments on 20 human temporal bones. *Results:* obtained frequency response vibration patterns of the middle ear and tympanic membrane on temporal bone specimens. *Conclusion:* Tympanic membrane and middle ear structures vibrations can be measured by laser autodyne system, which leads to development of the new objective hearing test.

Key words: laser autodyne, temporal bone, middle ear

Введение

Известно, что амплитуда колебаний барабанной перепонки при воздействии на нее звуковой волны весьма мала и лежит в нанометровом диапазоне. Измерение амплитуды смещения барабанной перепонки – чрезвычайно важный вопрос теоретической и практической медицины, который не решен и в настоящее время. Предлагавшиеся ранее способы неточны, либо весьма громоздки и не могут быть в дальнейшем развиты для использования *in vivo* [5]. В настоящее время в связи с созданием лазерных автодинов на квантоворазмерных структурах появилась возможность проводить измерения микро- и нановибраций биологической ткани in vivo. Автодинный эффект основан на изменении режима работы лазерного диода при возвращении части излучения обратно в его резонатор, данная система обладает высокой чувствительностью к отраженному сигналу [3]. Для анализа автодинного сигнала в предположении гармоничности колебаний барабанной перепонки использовалась известная процедура разложения интерференционного сигнала в ряд по функциям Бесселя и в ряд Фурье. Амплитуду колебаний барабанной перепонки определяют по спектру автодинного сигнала. В ряде работ [1, 3] установлена зависимость амплитуды гармоники, имеющей максимальное значение в спектре автодинного сигнала, от амплитуды колебаний барабанной перепонки.

Цель: Определение вибрационных характеристик структур среднего уха при помощи лазерного автодинного измерителя наносмещений на препаратах височных костей.

Материал и методы

Экспериментальное определение амплитуд колебаний барабанной перепонки проводилось с использованием оригинальной автодинной измерительной системы [1], схема которой приведена на рис. 1. В состав измерительной автодинной системы входит лазерный диод *RLD-650* (3) с длиной волны излучения 652 нм. На препарат височной кости (13), укрепленный на штативе (2) направляют когерентное излучение от лазерного диода (3), питаемого от источника тока (4). Отраженное от барабанной перепонки лазерное излучение регистрируется с помощью фотоприемника (5). Сигнал с фотоприемника поступает через широкополосный усилитель (6), содержащий фильтр переменного сигнала, на вход аналого-цифрового преобразователя (7) компьютера (8). Для возбуждения колебаний барабанной перепонки используется излучатель звуковых волн (10) (исследование проводилось в свободном звуковом поле), работающий от генератора звуковых колебаний (9). При исследовании снималась амплитудно-частотная вибрационная характеристика (АЧВХ) барабанной перепонки при уровне звукового давления (УЗД) у барабанной перепонки 65 и 85 дБ, что контролировалось измерителем УЗД («Brüel & Kjaer», Model 2218) с акустическим зондом (12). Кроме этого исследовались величины смещения барабанной перепонки при нарастании уровня звукового давления (УЗД) в диапазоне 45-85 дБ на частоте 1000 Гц.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

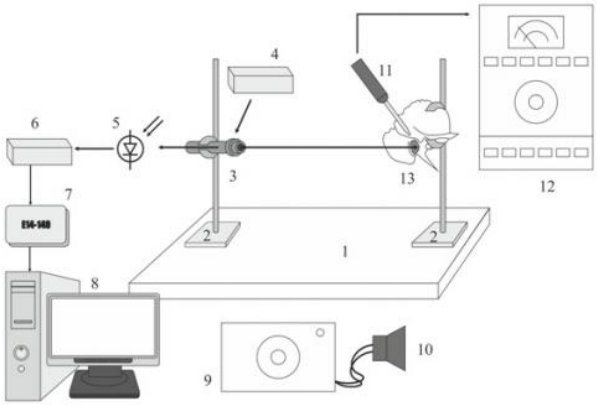


Рис.1. Схема модельного опыта с измерением вибрационных характеристик интактного среднего уха человека на препарате височной кости лазерным автодинным методом:

1 – оптический стол; 2 – штатив; 3 – лазерный диод на квантово размерных структурах; 4 – источник тока лазерного диода; 5 – фотоприемник; 6 – широкополосный усилитель, содержащий фильтр переменного сигнала; 7 – аналого-цифровой преобразователь; 8 – компьютер; 9 – генератор звуковых колебаний; 10 – излучатель звуковых волн; 11 – акустический зонд; 12 - измеритель УЗД с блоком фильтров; 13 – препарат височной кости с удаленной хрящевой частью наружного слухового прохода.

При исследовании использовались 20 свежих препаратов височных костей человека, взятые через 8-12 часов с момента смерти. Возраст лиц 40-50 лет, смерть наступила в результате сердечно-сосудистых заболеваний, перед забором материала проводилась отоскопия для установления факта целостности структур среднего уха). Забор материала соответствовал требованиям ФЗ РФ от 22.12.92 №4180-I ст.10. Для исследования тщательно удалялась хрящевая часть наружного слухового прохода, долотом и молотком для удобства несколько расширялся костный отдел наружного слухового прохода. Подвижность барабанной перепонки исследовалась в области umbo.

Результаты

Средние результаты измерения нарастания амплитуды колебаний барабанной перепонки приведены на рис. 2. Зависимость нарастания амплитуды колебаний барабанной перепонки от уровня звукового давления носит логарифмический характер.

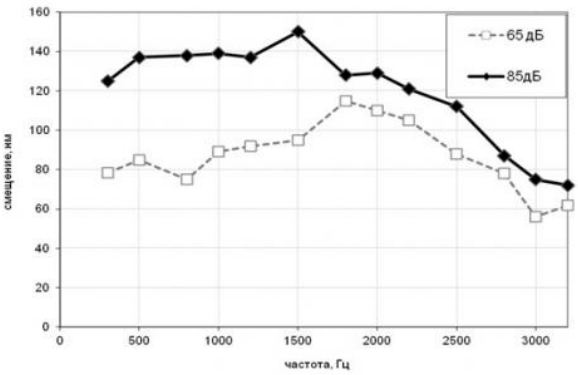


Рис.2. АЧХ барабанной перепонки интактного препарата височной кости человека при звуковой стимуляции на частотах 300 – 3200 Гц при создании УЗД 65дБ и 85 дБ.

АЧВХ барабанной перепонки препарата височной кости человека снималась при УЗД 65 и 85 дБ в диапазоне частот от 500 до 3500 Гц, средние результаты этого исследования приведены графически на рис. 3 (75 дб – кривая 1, 85 дБ – кривая 2). Для УЗД 75 дБ наибольшие величины колебания барабанной перепонки в данном случае составили 100-120 нм на частотах 1500-2500 Гц. Очевидно, что это собственные резонансные частоты колебательной системы среднего уха. Полученные нами данные характеризуют систему колебаний среднего уха на препарате, колебательная система уха живого человека несколько отличается, за счет действия мышц среднего уха, а также иной прижизненной упругости связочного аппарата среднего уха. В сравнении с интактным ухом живого человека [1] собственные резонансные частоты системы, измеренные нами на препарате более выражены, однако общая тенденция наличия резонансных пиков весьма характерна. Так, колебательная система интактного среднего уха имеет собственный резонанс на частотах 1800-2200 Гц – в речевом диапазоне частот, амплитуда колебаний на резонансных частотах выше на 20-30 дБ, чем на низких частотах (ниже 1000 Гц). Также амплитуда колебаний барабанной

перепонки имеет тенденцию к уменьшению на частотах выше речевого диапазона - свыше 2500 Гц и становится ниже на 10-20 дБ в среднем, чем на низких частотах. При увеличении УЗД на 10 дБ – картина несколько меняется – увеличивается амплитуда колебаний на низких частотах до 140-160 нм, при этом амплитуда колебаний на средних частотах остается практически неизменной. Очевидно имеет место эффект бифуркации удвоения периода колебаний барабанной перепонки [2], зафиксированный нами в большей части экспериментов при УЗД 85 дБ и свыше на низких частотах.

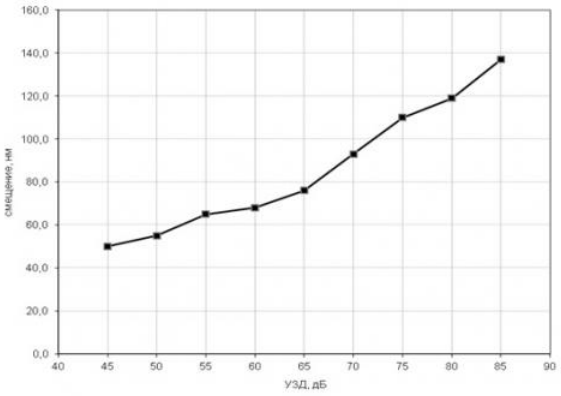


Рис.3. График зависимости нарастания амплитуды смещения барабанной перепонки на частоте 1000 Гц при росте УЗД в наружном слуховом проходе от 45 до 85 дБ.

Таблица 1. Средние амплитуды смещения M±m области *umbo* барабанной перепонки свежего препарата височной кости человека, измеренные лазерным автодинным методом.

	УЗД 85дБ		УЗД 65дБ			УЗД 85дБ		УЗД 65дБ	
Частота Гц	M	±m	M	±m	Частота Гц	M	±m	M	±m
300	125	11,3	78,3	10,3	2000	129	12,4	110	12,4
500	137	12,5	85	12,5	2200	121	22,4	102	14,4
800	138	22,4	75	16,6	2500	112	18,5	88	14,8
1000	139	12,4	89	12,3	2800	87	18,4	78	9,4
1200	137	8,6	76	12,5	3000	75	8,3	56	8,7
1500	150	12,5	95	14,5	3200	72	6,2	62	6,1
1800	128	18,3	105	14,4					

Обсуждение

Полученные в результате исследования данные дополняют и уточняют известную ранее информацию о подвижности структур среднего уха. В сравнении с данными изложенными в литературе [5], полученных механоэлектрическими методами измерения в прошлом столетии, отмечается значительно меньший размах колебаний барабанной перепонки, однако полученные результаты намного превосходят данные G. Bekesy [5], ввиду того что последние были получены не путем прямых измерений а при помощи аппроксимации на область малых значений данных, полученных при натурных измерениях значительных амплитуд смещения барабанной перепонки. Наши данные в целом хорошо согласуются с современными данными, полученными с помощью лазерной допплеровской виброметрии J.J. Rosowski и S. Merchant [4]. В наших опытах отмечена несколько большая амплитуда подвижности барабанной перепонки чем в [4], результаты исследования при патологии среднего уха сходны, хотя в целом результаты этих исследований тяжело сравнивать с нашими из-за значительной разницы использованных методик измерения. Наиболее сходными с нашими являются данные измерения in vitro при помощи чувствительного магнитометра [6]. Также указанные результаты измерений хорошо согласуются с полученными методами математического моделирования результатами H. Wada [7].

Заключение

Лазерный автодинный метод измерения наносмещений барабанной перепонки является весьма перспективным методом получения информации о состоянии структур среднего уха человека, что позволяет внести его в число методов объективной оценки слуховой функции и рекомендовать к внедрению в клиническую практику.

Литература

1. Мареев О.В., Усанов Д.А., Скрипаль А.В. Результаты использования метода лазерного автодинного измерения смещения барабанной перепонки в дифференциальной диагностике патологии среднего уха // Медицинский альманах. 2008. № 3. С. 49-51.
2. Усанов Д.А., Мареев О.В., Скрипаль А.В. Бифуркации удвоения периода колебаний барабанной перепонки при увеличении звукового давления // Письма в ЖТФ. 2007. Том 33.Вып 21. С. 90-94.
3. Усанов Д.А., Скрипаль А.В., Добдин С.Ю. Определение ускорения при микро- и наносмещениях по автодинному сигналу полупроводникового лазера на квантово-размерных структурах // ПЖТФ. 2010. Т. 36, вып. 21. С. 78-84.
4. Rosowski J.J., Mehta R.P., Merchant S.N. Diagnostic Utility of Laser-Doppler Vibrometry in Conductive Hearing Loss with Normal Tympanic Membrane // Otol. Neurotol. 2004. Vol. 25 (3). P. 323-332.
5. Rosowski J.J., Merchant S.N. The Function and Mechanics of Normal, Diseased and Reconstructed Middle Ears. Kugler Publications, 2000. 400 p.
6. Sosa M., Colafemina J.F. Human ear tympanum oscillation recorded using a magnetoresistive sensor // Rev. Sci. Instrum. 2002. Vol. 73. P. 3695-3695.
7. Wada H., Kobayashi T. Dynamic frequency characteristics of the middle ear in guinea pig: The finite-element analysis // Audiology Japan. 2002. Vol. 45. № 4. P. 289-297.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-3883-A-1718 Оригинальная статья

Гейвондян М.Э.

Основные факторы развития осложнений со стороны лицевого скелета при эндодонтических вмешательствах на верхней челюсти

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра оториноларингологии

Резюме

Статья посвящена исследованию зависимости антропометрических особенностей строения лицевого скелета и верхнечелюстных пазух, определяющих попадание инородных тел в гайморовы пазухи при эндодонтических вмешательствах на верхней челюсти. На основании результатов исследования возможно формирование групп риска в зависимости от типа строения лицевого скелета для проведения дополнительных исследований перед проведением эндодонтического лечения, что позволит снизить частоту связанных с ним осложнений.

Ключевые слова: инородные тела верхнечелюстной пазухи, эндодонтическое лечение, верхняя челюсть, верхнечелюстная пазуха, альвеолярный отросток

Введение

За последние годы отмечается увеличение числа однотогенных верхнечелюстных синуситов в структуре ЛОР – заболеваний. Во многом это связано с появлением и широким распространением за последние десятилетия в нашей стране новых эндодонтических технологий. Причем большая часть данных синуситов связана с попаданием и персистенцией инородных тел в верхнечелюстной пазухе именно в результате эндодонтических вмешательств на зубах верхней челюсти.

По данным литературы, почти в 80% случаев при эндодонтических вмешательствах каналы пломбируются некачественно, а в 1,5% наблюдений развиваются осложнения, требующие оперативного лечения непосредственно или в ближайшее время после данного вмешательства. К таким осложнениям относятся: попадание пломбировочного материала в полость верхнечелюстного синуса или в нижнечелюстной канал. Нередко их диагностика затруднена и запаздывает, поскольку часто сроки появления первых клинических признаков заболевания варьируют от нескольких месяцев до года и более. Поэтому проблема адекватного пломбирования каналов становится весьма и весьма актуальной.

Основными аспектами этой проблемы являются:

- топографо-анатомические соотношения дна верхнечелюстной пазухи и верхушек малых и больших коренных зубов верхней челюсти.
- анатомические особенности строения верхней челюсти и альвеолярного отростка и их взаимоотношения в системе целого черепа

В литературе подобные вопросы освещены недостаточно, данные исследований по этой проблеме с применением современных методик отсутсвуют. Имеющиеся сведения были получены путем описания сравнительно небольших выборок из коллекций мацерированных черепов [6, 7, 8, 9], что не позволяет выявить основные закономерности строения лицевого скелета и расположения альвеолярного отростка и зубов. Возраст многих университетских коллекций черепов уже более ста лет, что лишает выборки из них репрезентативности поскольку за это время антропологический состав населения на данной территории значительно изменился. Обновление этих коллекций в настоящее время натыкается на трудности прежде всего связанные с неоднозначностью и неопределенностью законодательного базиса, а также с проблемами нравственно-этического характера.

Цель: Выявление основных предрасположенностей со стороны лицевого скелета к осложнениям эндодонтических вмешательств (ЭВ).

Материал и методы

Для исследования использовались компьютерные томограммы (КТ), полученные при помощи КТ-аппарата I-CAT (Imaging Sciences International, США). Сканер дентального томографа I-CAT работает с высоким разрешением, что позволяет получать изображения с разрешением до 0,12 мм. Измерения анатомических структур были проведены на трехмерной реконструкции черепа по КТ в лицензионном пакете программного обеспечения «VISION» для просмотра КТ формата DICOM, прилагаемом к I-CAT.

Всего на каждой томограмме измерялось 30 параметров:

1. Измерение лицевого черепа (полная высота, верхняя высота лица, скуловой диаметр, лицевой и верхнелицевой указатель).
2. Измерение верхней челюсти. (Март. 60.; Март. 62. Биом. OI.; Март. 62a. Биом. GI.; Март. 61.; Март. 63. Биом. GI.; Биом. EH.).
3. Измерение верхнечелюстной пазухи (высота - наибольший вертикальный размер на сагиттальном срезе; ширина - наибольшая ширина на фронтальном срезе; глубина – переднезадний размер - наибольший переднезадний размер на сагиттальном срезе).
4. Измерения толщины костной пластинки альвеолярного отростка над корнями зубов (16 измерений).

Результаты исследования занесены в электронные таблицы формата Microsoft Excel. Для обработки полученных данных были использованы статистические методы математического анализа из пакета прикладных программ StatSoft Statistica 7.0 for Windows.

Для качественной характеристики размеров верхнечелюстных пазух и их взаимоотношения с альвеолярным отростком была использована классификация в зависимости от взаимного расположения дна верхнечелюстной пазухи и полости носа, согласно которой верхнечелюстные пазухи могут относиться к типу умереннопневматизированных, гипопневматизированных либо гиперпневматизированных (рисунок 2).

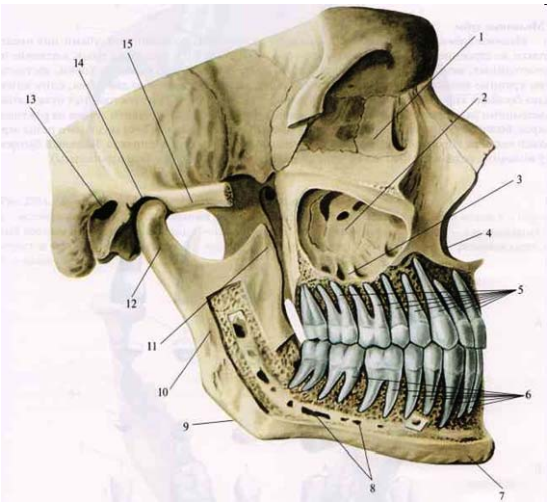


Рисунок 1. Анатомо-топографические соотношения зубочелюстной системы человека и верхнечелюстной пазухи.

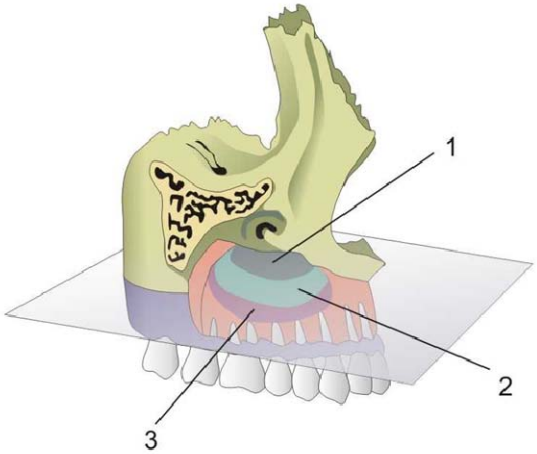


Рисунок 2

1 – дно верхнечелюстной пазухи лежит на уровне дна полости носа (умеренно пневматизированные); 2 – дно этой пазухи находится ниже дна полости носа (гиперпневматизированные); 3 – дно верхнечелюстной пазухи располагается выше дна полости носа (гипопневматизированные).

Тип строения лицевого скелета определялся согласно лицевому и верхнелицевому указателю. Различают три типа строения лицевого скелета: лептопрозопический (высота преобладает над шириной), лица эупрозопический тип (менее высокие, более широкие лица), мезопрозопический (высота и ширина лица примерно одинаковы).

В исследовании принимали участие 105 лиц, которым была выполнена компьютерная томография в возрасте от 18 до 60 лет. Из них 48 лиц мужского пола, 47 женского пола. Обследованные были поделены на следующие группы: 1) лица без патологии верхнечелюстных пазух – 75 человек (контрольная группа); 2) лица с инородными телами верхнечелюстных пазух – 30 человек.

Результаты

Большинство верхнечелюстных пазух в контрольной выборке в нашем исследовании с обеих сторон относились к типу гиперпневматизированных (76,0%), гипопневматизированных и умеренно пневматизированных пазух отмечено значительно меньше (3,4% и 20,6%). Асимметрия по степени пневматизации пазух отмечалась в контрольной группе лиц только у 2-х больных (умер-гипо и гипер-умер типы строения).

При определении типа строения лицевого скелета по лицевому и верхнелицевому указателю в указанных подгруппах (таблица 1) обнаружено, что в группе лиц с умеренной пневматизацией и гипопневматизацией верхнечелюстной пазухи находятся исключительно лица с лептопрозопическим типом строения лицевого скелета; в группе лиц с умеренной пневматизацией околоносовых пазух - преобладают лица с удлиненным строением лицевого скелета, также в незначительном количестве пристутсвуют лица эупрозопического типа. После статистической обработки полученных данных можно сделать вывод о наличии достоверной связи между строением лицевого скелета и степени пневматизации верхнечелюстных пазух. А также о том, что только лица с лептопрозопическим и мезопрозопическим типом строения лицевого скелета, практически вне зависимости от их пола могут иметь гипо- и умеренно пневматизированные пазухи.

Отмечено, что при рассмотрении контрольной группы у значительной части пациентов имеются зубы, подвергавшиеся ранее ЭВ, не приведшим к появлению инородных тел верхнечелюстных пазух. Всего в контрольной группе из 75 человек зубы с ЭВ были обнаружены у 38 лиц (50,6%), в общем количестве 126 зубов.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Таблица 1. Распределение лиц в контрольной группе по типу строения лицевого скелета (по лицевому и верхнелицевому указателю); по всей контрольной группе и по подгруппам в зависимости от типа пневматизации верхнечелюстной пазухи (дано в процентах от общего числа всех лиц со строением пазухи данного типа)

Тип строения лицевого скелета	*Эурипрозопы*	*Мезопрозопы*	*Лептопрозопы*
Гипопневматизация верхнечелюстной пазухи	0%	0%	100%
Умеренная пневматизация верхнечелюстной пазухи	6,7%	33,3%	60,0%
Гиперпневматизация верхнечелюстной пазухи	20,6%	27,0%	52,4%
Во всей контрольной группе	17,5%	27,5%	55,0%

При рассмотрении анатомических параметров лицевого скелета и верхней челюсти было установлено, что имеется определенная взаимосвязь между ними и строением верхнечелюстной пазухи, ее размерами и размерами альвеолярного отростка.

Для вычисления корреляционных соотношений использовалась наибольшая по размеру пазуха. Была установлена связь между такими значениями как наибольшая высота и ширина верхнечелюстной пазухи и верхней высотой лица, а также скуловым диаметром. Слабая обратная зависимость наблюдается между лицевым указателем и наибольшей высотой верхнечелюстной пазухи, что указывает на большую выраженность ее пневматизации у лиц с эупрозопическим и мезопрозопическим типом строения лицевого скелета, что подтверждает тезис о наличии гипопневматизованных пазух исключительно у лиц с лептопрозопическим типом лицевого скелета. Также наблюдается связь между высотой синуса и ее наибольшей шириной и глубиной. Ширина синуса зависит от ширины твердого неба М61, а также может в некоторой степени зависеть от его длины М62а. Сильная прямая связь высоты альвеолярного отростка наблюдается между параметрами М61, М62, М62а, что свидетельствует о зависимости высоты альвеолярного отростка от его длины и ширины. Следует отметить зависимость высоты альвеолярного отростка от количества отсутствующих зубов – средней силы обратная зависимость (таблица 2).

Таблица 2. Корреляционные связи между параметрами лицевого скелета, верхней челюсти, размерами верхнечелюстной пазухи, альвеолярного отростка

Верхнечелюстные пазухи	*Полная высота лица*	*Верхняя высота лица*	*Скуловой диаметр*	*М62*	*М62а*	*М61*	*Биом ЕН*	*Ширина в/ч пазух*	*Глубина в/ч пазух*
Высота	0,18	**0,41**	**0,35**	**0,31**	0,50	0,29	**0,46**	**0,55**	**0,46**
Ширина	0,08	**0,40**	**0,35**	0,21	**0,33**	**0,47**	0,14		**0,46**
Глубина	-0,24	0,10	0,15	0,17	0,27	0,22	0,19		
Высота альвеолярного отростка	0,11	0,15	0,31	**0,40**	**0,34**	**0,47**			

Таким образом, следует сделать вывод о зависимости высоты и ширины альвеолярного отростка от других размерностей лицевого скелета, а также его определенную зависимость от строения и пневматизации околоносовых пазух. Значительное количество отсутствующих зубов, особенно моляров и премоляров определяет развитие атрофии альвеолярного отростка со снижением его высоты, что может также являться предрасполагающим фактором к проникновению инородных тел в верхнечелюстную пазуху при ЭВ на имеющихся зубах.

При оценке взаимосвязи степени пневматизации пазухи (уровня стояния ее дна) и толщины костной пластинки над корнем зуба нами отмечено, что наибольшие значения толщины костной пластинки получены нами в группе лиц с гипопневматизацией верхнечелюстной пазухи (высоким стоянием дна), а наименьшие – в группе лиц с гиперпневматизацией пазух (низким стоянием дна пазухи). Это, в свою очередь указывает на определенную взаимосвязь толщины костной пластинки над корнем зуба и типом строения (пневматизации пазухи), также это доказывает и связь данного параметра с типом строения лицевого скелета.

В наших наблюдениях у 30 обследованных на КТ было обнаружено 31 инородное тело верхнечелюстных пазух (у одной больной отмечались инородные тела с обеих сторон). Можно отметить, что наиболее часто инородными телами верхнечелюстной пазухи осложняются ЭВ на 1,2 премолярах и 1 моляре верхней челюсти (80.6% от всей группы инородных тел). Достаточно часто встречаются и инородные тела после проведенного лечения на 2 моляре (12,9%). На стороне, на которой произошло осложнение, верхнечелюстной синус обычно имел гиперпневматический тип строения (90,3%) и лишь в 9,7% верхнечелюстной синус имел умеренно-пневматический тип строения; гипопневматического типа не отмечалось. (таблица 3 и 4). Обращает на себя внимание, что все «причинные зубы» имеют костную пластинку, отделяющую ее от верхнечелюстной пазухи крайне незначительной толщины – до 0,3 мм (табл. 2), а в ряде случае эта пластинка не визуализируется на КТ (рис. 3).

Таблица 3. Распределение лиц в группе с инородными телами верхнечелюстных пазух по типу строения лицевого скелета (в сравнении с показателями в контрольной группе)

Тип строения лицевого скелета	*Эурипрозопы*	*Мезопросопы*	*Лептопрозопы*
Абсолютное число	10	6	15
%	32,2%	19,4%	48,4%
В контрольной группе, %	17,5%	27,5%	55,0%

Таблица 4. Тип строения верхнечелюстной пазухи в группе больных с инородными телами на стороне поражения в сравнении в целом с % показателем в контрольной группе

Тип строения	*Гиперпневматизация*	*Умеренная*	*Гипопневматизация*
Количество	28	3	0
%	90.3%	9.7%	0%
В контрольной группе, %	76%	20,6%	3,4%

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

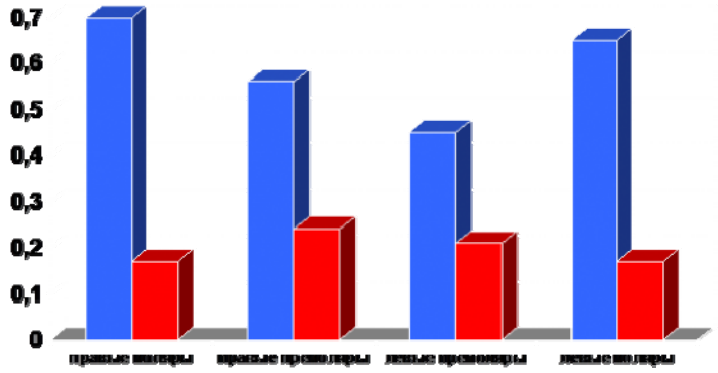


Рисунок 3. Графическое изображение сравнительной толщины костных пластинок по группам зубов, с проведенными эндодонтическим вмешательством, неосложненными (а) и осложненным инородным телом (б) верхнечелюстного синуса.

Обсуждение

В наших исследованиях прослеживаются основные соотношения в развитии лицевого скелета и верхней челюсти. Гипопневматизация пазух чаще выявлялась с левой стороны, гиперпневматизация - с правой, что соотвествует данным литературы, при этом гипопневматизация верхнечелюстных наблюдается практически исключительно у лиц лептопрозопического типа строения лицевого скелета; у прочих типов стреония лицевог оскелета - более характерны пазухи умеренной пневматизации. Толщина костной пластинки над корнями зубов достоверно выше у лиц с умеренно- и гипопневматизированными пазухами, чем у лиц с гиперпневматизацией верхнечеюстных пазух.

Лептопрозопических черепа среди населения средней полосы России встречаются наиболее часто - 55% по нашим данным, 17,5% составляют эурипрозопы, и 27,5% мезопрозопы. Эти данные хорошо согласуются с данными современных исследований - М.Г. Гайворонская (2009) приводит в своем исследовании следующее соотношение лепто/мезо/эурипрозопов - 42,5%/37,5%/20%. Следовательно, наша выборка репрезентативна и соотносится со сторонними результатами подобных измерений. В наших исследованиях не выявлено зависимости степени пневматизации пазух от пола. Имеется достоверная связь лицевого указателя (верхнелицевого указателя) со степенью пневматизации верхнечелюстных пазух.

Описанные нами размеры верхнечелюстных пазух находятся в сильной зависимости от основных параметров лицевого скелета. Нами была получена средней силы прямая корреляционная связь между наибольшей высотой верхнечелюстной пазухи и верхней высотой лица, а также скуловым диаметром и наибольшей шириной верхнечелюстной пазухи; слабая обратная зависимость наблюдается между лицевым указателем (верхнелицевым указателем) и наибольшей высотой верхнечелюстной пазухи. Эти особенности приводят к выводу о том, что большую выраженность пневматизации верхнечелюстной пазухи и более низкое стояние ее дна у лиц с эупрозопическим и мезопрозопическим типом строения лицевого скелета; средней силы прямая связь между высотой пазухи и ее наибольшей шириной и глубиной, чем подтверждается высказанный ранее тезис о возможности существования гипопневматизованных пазух практически исключительно у лиц с лептопрозопическим типом лицевого скелета. Ширина пазухи зависит от ширины твердого неба, а также от его длины (средней силы прямая корреляционная связь). При этом высота собственно альвеолярного отростка не зависит от основных параметров лицевого скелета. Вне зависимости от пола, только лица с лептопрозопическим и мезопрозопическим типом строения лицевого скелета, могут иметь гипо- и умереннопневматизированные пазухи, что практически исключает риск развития у подобных лиц осложнений. Среди всего населения - около 29% среди лепто- и мезопрозопов.

Нами обнаружено, что имеется значительный сдвиг в процентном соотношении типов развития лицевого скелета в группе больных с инородными телами верхнечелюстных пазух относительно группы сравнения. Среди лиц с инородными телами больше распространены эурипрозопы (32,2% против 17,5% в группе сравнения), при этом общее число лептропрозопов снижается с 55,0% до 48,4%. Больший процент (90,3%) составляет и частота встречаемости гиперпневматизированных пазух в группе больных с инородными телами верхнечелюстных пазух (76,0% в группе сравнения).

В нашем исследовании изучена взаимосвязь между уровнем стояния дна верхнечелюстной пазухи и толщиной костной пластинки, непосредственно отделяющей зуб от верхнечелюстной пазухи. Лица с гиперпневматизированным типом строения верхнечелюстной пазухи и низким стоянием ее дна имеют наименее тонкие костные пластинки над корнями зубов. Таким образом, гиперпневматизированный тип строения верхнечелюстной пазухи является предрасполагающим фактором к развитию осложнений эндодонтического лечения зубов.

В группе больных с инородными телами верхнечелюстных пазух достоверно отмечены значительные статистически достоверные отличия в толщине костных пластинок над корнями «причинных зубов» от средних значений в группе сравнения. Таким образом, ведущее значение в генезе данных осложнений при производстве эндодонтических вмешательств принадлежит наличию предрасполагающего фактора – чрезмерно тонкой костной пластинки над корнем зуба.

Заключение

Было выявлено, что основными факторомии, способствующим попаданию инородных тел в верхнечелюстную пазуху при ЭВ, является:

1. Снижение толщины костной пластинки над корнями зубов верхней челюсти. Критической следует считать толщину костной пластинки над корнем зуба порядка 0,3 мм. При меньших значениях этого показателя попадание инородного тела в полость верхнечелюстной пазухи при ЭВ практически неизбежно.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

2. Толщина костной пластинки над корнем зуба на верхней челюсти в свою очередь связана с анатомо-топографическими особенностями строения лицевого скелета человека в целом: а именно наибольшая частота осложнений наблюдается у лиц с эупрозопическим типом строения лицевого скелета; наименьшая толщина костной пластинки находится над 2ми премолярами и всеми молярами, поэтом ЭВ на этих зубах чаще других сопровождаются осложнениями. Немаловажным фактором также является отсутствие зубов на верхней челюсти, что приводит к атрофическим изменениям альвеолярного отростка со снижением его высоты, уменьшением толщины костных пластинок над корнями зубов.

В современной практике перед эндодонтическими вмешательствами показано проведение КТ исследования головы для изучения типа строения лицевого скелета, пневматизации пазух, соотношения зубов и дна верхнечелюстной пазухи.

Литература

1. Григорьянц Л.А., Бадалян В.А., Томазов М. Тактика лечения больных с выведенным пломбировочным материалом за пределы корня зуба // Клиническая стоматология. 2001. №1. С.38-40.
2. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования // Клиническая стоматология. 1998. №1. С. 17-18.
3. Николаев А.И., Цепов Л.М., Шаргородский А.Г. Пути повышения качества эндодонтического лечения // Клиническая стоматология. 1999. №4. С. 16-20.
4. Шульман С.В., Шульман Ф.И. Острые и хронические верхнечелюстные синуситы, развившиеся после эндодонтического лечения // Дантист. - 2001. - №1.-С.11-12.
5. Свержевский Л.И. Аномалии гайморовых полостей // Ежемесячник ушных, горловых и носовых болезней. 1910. Т.5(12). С.635-645.
6. Zuckerkandl E. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. Wien: Braumüller, 1882-92. 1- 2 vol. -197 p., 222 p.
7. Воробьев, В. П. Анатомия, гистология и эмбриология полости рта и зубов / В. П. Воробьев, Г. В. Ясвоин. М.-JL, 1936. 276 с.
8. Januszewicz J., Pruszczynski M. Badania histopatologicze blony sluzowej zatok szctekowych w przypadkach polaczenjamu ustnej z zatokapowstalych po usunieciu zebow // Czas. Stomatol. 1971. T.25(2). S.169-175.
9. Синева В.И. Зависимость клиники одонтогенных гайморитов от морфологических особенностей верхней челюсти; Автореф. дис. . канд. мед. наук. Л., 1980. 24 с.
10. Гайворонская М.Г. Морфометрические характеристики верхней челюсти взрослого человека при полной адентии / Гайворонская М.Г // Современные проблемы морфологии : материалы науч. конф. ученых-морфологов г. Санкт-Петербурга. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2008. – С. 5-9.
11. Grigor'janc L.A., Badaljan V.A., Tomazov M. Taktika lechenija bol'nyh s vyveden-nym plombirovochnym materialom za predely kornja zuba // Klinicheskaja stomatolo-gija. 2001. №1. S.38-40.
12. Borovskij E.V. Problemy jendodontii po dannym anketirovanija // Klinicheskaja stomatologija. 1998. №1. S. 17-18.
13. Nikolaev A.I., Cepov L.M., Shargorodskij A.G. Puti povyshenija kachestva jendodon-ticheskogo lechenija // Klinicheskaja stomatologija. 1999. №4. S. 16-20.
14. Shul'man S.V., Shul'man F.I. Ostrye i hronicheskie verhnecheljustnye sinusity, razvivshiesja posle jendodonticheskogo lechenija // Dantist. - 2001. - №1.-C.11-12.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Педиатрия

ID: 2012-11-3928-T-1740 Тезис

Карелина В.С., Гаврилова Е.С.

Заболевания щитовидной железы у детей с сахарным диабетом 1 типа

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии

Актуальность: Известно, что патология ЩЖ влияет на течение сахарного диабета 1 типа (СД1) в детском возрасте. У детей с СД1 высока вероятность появления аутоиммунной патологии щитовидной железы (ЩЖ), что связано с ассоциированностью данных заболеваний.

Материалы и методы: С целью выявления патологии ЩЖ были проанализированы186 историй болезни детей с СД1 в возрасте 6 -17 лет: изучены анамнез, данные объективного обследования, уровень Т3, Т4, ТТГ, АГкТПО в сыворотке крови, УЗИ ЩЖ.

Результаты: Патология ЩЖ в дебюте СД1 выявлена у 91 ребёнка (48,9%), из них 60% девочек, 40 % мальчиков; детей дошкольного возраста было 5(5,4%), младшего школьного – 23(25,2%), подростков 50(44,8%). Диффузный нетоксический зоб наблюдался у 79(86,8%) больных, из них увеличение ЩЖ 1 степени – у 81,3%, 2 степени – 5,5%. Эутиреоз наблюдался у 78 больных (98,7%), гипотиреоз – 1(1,3%). Все дети получали лечение «Йодомарином» с положительным эффектом. Хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ) выявлен у 11(12%) детей (при распространённости ХАИТ в популяции 1%): младшего школьного возраста – 6, подростков – 5. Увеличение ЩЖ 1 степени – 10;2 степени – 1, состояние эутиреоза у 7 детей, гипотиреоза – у 4, последние получали постоянную заместительную терапию L – тироксином. Диффузный токсический зоб в состоянии медикаментозного эутиреоза имелся у одного ребёнка.

Выводы: Патология ЩЖ выявляется у 48,9% детей с СД1, 44,8%.из них составляют подростки. Заболевания ЩЖ протекают латентно и, как правило, диагностируются при углубленном эндокринологическом обследовании в дебюте СД1. Наиболее часто, так же как и в популяции, встречается диффузный нетоксический зоб, что требует назначения препаратов йода. Высока частота ХАИТ (12%),что в 12 раз чаще, чем в популяции .ХАИТ у детей с СД1 характеризуется ранним формированием гипотиреоза.

Ключевые слова: педиатрия, щитовидная железа, сахарный диабет 1 типа

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-376-A-1774 Оригинальная статья

Сергеева О.В.

Стратификация риска развития бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра педиатрии ФПК и ППС

Ключевые слова: недоношенные новорожденные, ИВЛ, бронхолегочная дисплазия

Введение

В последние годы проблема недоношенных детей, в связи с неуклонным ростом их числа, приобрела особую актуальность. В настоящее время интенсивно разрабатываются новые и усовершенствуются существующие технологии выхаживания таких детей. В открытой печати публикуются и обсуждаются результаты лечения и данные катамнестического наблюдения пациентов крупных перинатальных центров.

Для России эта проблема особенно актуализировалась с 1 января 2012 года, когда все субъекты Российской Федерации завершили поэтапный переход на новые, европейские критерии регистрации живорожденных новорожденных. Когорта преждевременно рожденных детей существенно стала пополняться детьми, имеющими предельно низкий постконцептуальный возраст - 22 недели и массу тела при рождении 500 г. Собственного опыта ведения экстремально недоношенных детей наша страна не имеет и может опираться лишь на достижения мирового медицинского сообщества.

Экстремально недоношенные дети – это тяжелое психологическое и экономическое бремя не только для семьи, но и для государства. За рубежом появился новый термин - «million dollar baby». По данным Centers for Disease Control and Prevention в США (2009) рождалось около 550 тыс. недоношенных в год, или каждый восьмой ребенок. Стоимость лечения одного недоношенного превышает таковую у доношенных в 10 раз. Расходы на лечение 1-го глубоко недоношенного ребенка массой менее 600 г достигает 1,2 млн. долларов в год. Ежегодные затраты госэкономики США на недоношенных новорожденных составляет 26 млрд. долларов. Однако даже столь значительные инвестиции в развитие медицины пери- и неонатального периода не позволяют решить всех острых проблем, касающихся здоровья этих детей.

Первые сообщения о выживаемости и коротком катамнезе экстремально недоношенных детей появились в США. Вермонт-Оксфордская сеть в 2010 г. опубликовала данные по 6189 недоношенным с массой 401 – 1000 г из 33 медицинских центров Америки за предшествующие 24 месяца. За указанный период наблюдения умерли 1,4%. Глубокая инвалидность, ассоциированная, прежде всего, с тяжелыми перивентрикулярными лейкомаляциями и внутрижелудочковыми кровоизлияниями, диагностирована у 34% новорожденных. Частота РДС, несмотря на появление сурфактантов, повысилась с 51% до 66%. Количество детей, потребовавших ИВЛ, вообще не изменилось, а заболеваемость бронхолегочной дисплазией (БЛД) выросла почти в 1,6 раз; количество детей, выписанных домой на кислородотерапии, удвоилось. Средние сроки нахождения в стационаре составили 84 койко-дня.

Россия пока не имеет достоверных статистических данных по исходам активной и длительной реанимации новорожденных детей с критически низким гестационным возрастом, но предварительно уже сегодня можно констатировать, что в структуре причин тяжелых, а подчас и необратимых потерь здоровья кроме ретинопатии недоношенных, врожденной нейросенсорной тугоухости, язвенно-некротического энтероколита достаточно часто фигурирует БЛД. Предотвращение и лечение БЛД – наиболее сложная задача современной неонатологии.

БЛД – это хроническое потенциально обратимое заболевание легких недоношенных детей, нуждавшихся в респираторной поддержке с жесткими параметрами ИВЛ в неонатальном периоде. Заболевание мультифакториальное, поэтому для снижения его частоты и тяжести требуются мультимодальные подходы.

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов риска и их стратификация по уровню значимости в развитии БЛД у недоношенных детей, имевших респираторную поддержку в неона-тальном периоде.

Материал и методы

Обследовано 50 недоношенных новорожденных детей в возрасте от 1 до 3 месяцев, поступивших в ОРИТ из родильных домов левобережья Саратовской области. Пациенты с недоношенностью 1 степени составили 26%, 2 степени – 16%, 3 степени – 34%, 4 степени – 24%. Больные были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу вошло 25 детей с диагностированной БЛД. Из них легкую форму БЛД имели 16%, среднетяжелую – 72%, тяжелую – 12%. Во вторую группу (контроля) вошли дети без указанной патологии.

Группы были сопоставимы по следующим признакам: условиям выхаживания, способу респираторной поддержки, антенатальному анамнезу.

Методы исследования включали: клиническое обследование (изучение анамнеза, анонимное анкетирование матерей на курение, физикальное обследование) и лабораторно-инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной полости, пульсоксиметрия, определение КЩС крови).

Обработка полученных результатов выполнялась на компьютерах серии Pentium, с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 и Microsoft Exel for Windows 4,0. Применялись параметрические и непараметрические методы с указанием средних величин и среднеквадратичного отклонения (формат $M \pm \sigma$). Критический уровень значимости исследуемых статистических критериев принимался равным 0,05.

Результаты

В ходе проведенного исследования было установлено, что в 1 и 2 группах одинаково часто встречались: высокий паритет беременности (в половине случаев), ранний и поздний токсикозы беременной (у 1/3 беременных в обеих группах), хроническая

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

урогенитальная инфекция у матери (в 30% случаев), угроза прерывания беременности (у каждой второй матери), острые инфекционные заболевания в 1- 2 триместрах беременности (у каждой третьей матери).

Все обследованные дети имели отягощенный интранатальный период, а именно: оперативное родоразрешение в 2/3 случаев, низкую оценку по шкале АПГАР (0-2-3 балла), высокую оценку по шкале Сильвермана (5-9 б) вследствие дыхательных расстройств. Практически у всех новорожденных в 1 и 2 группах реанимационные мероприятия были начаты в родильном зале в связи с тяжестью состояния. Новорожденным с 3 и 4 степенью недоношенности в сравниваемых группах с заместительной целью эндотрахеально вводился куросурф. У обследованных детей также был выявлен неблагоприятный преморбидный фон: антенатально-перинатальное поражение ЦНС в 100% случаев в обеих группах; пневмонии у каждого второго ребенка, врожденные аномалии развития – у каждого пятого.

Отличительными особенностями основной группы явились высокие показатели табакокурения у матерей во время беременности - в 2 раза выше, чем в группе контроля, более высокая частота глубокой морфофункциональной незрелости новорожденных вследствие недоношенности, причем преобладали дети с глубокой недоношенностью 3 и 4 степени. Таких детей в основной группе было в 3 раза больше, чем в группе контроля, высокая частота встречаемости РДС 1 типа - в 3 раза выше, чем во 2 группе, длительность ИВЛ в 4 раза больше аналогичного показателя в группе контроля (45 и 11 суток соответственно), причем дети 1 группы вентилировались с более жесткими параметрами, были длительно зависимы от кислорода. Среди детей 1 группы было в 4,5 раза больше детей с экстремально низкой массой тела при рождении, чем в группе сравнения. Исходя из этого прицельно были проанализированы следующие параметры: частота встречаемости БЛД; степень недоношенности; кислородозависимость; параметры ИВЛ (FiO, VI); масса тела при рождении; продолжительность ИВЛ; течение антеинтранатального периода; коморбидные состояния; курение матери.

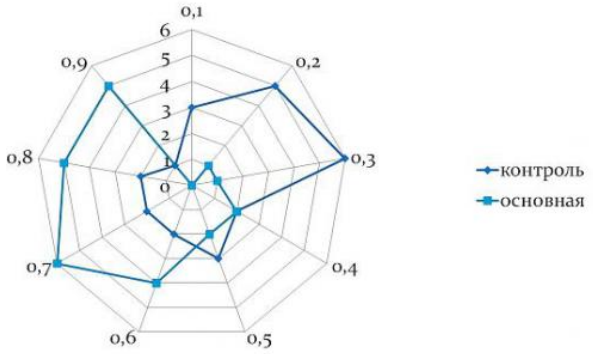


Рисунок 1. Распределение детей 1 и 2 групп в зависимости от показателя вентиляционного индекса

Обсуждение

В результате проведенного корреляционного анализа установлено, что возраст матери, паритет беременности и ее осложнения, характер родоразрешения, низкая и экстремально низкая масса тела при рождении, перенесенный РДС 1 типа, введение куросурфа, длительность ИВЛ, коморбидные состояния не влияют на заболеваемость БЛД.

Достоверные корреляционные связи установлены между частотой БЛД и параметрами ИВЛ. В частности – вентиляционным индексом (VI). В его расчете учитываются такие показатели как давление газовой смеси на вдохе, частота дыхания в минуту и напряжение углекислого газа капиллярной крови ребенка, что в свою очередь характеризует степень дыхательной недостаточности. Значения VI более 0,6 считаются жесткими. Нами была установлена достоверная прямая корреляционная зависимость между частотой БЛД и VI. Коэффициент корреляции составил 0,82 ($p<0,05$) (рисунок 1).

Наряду с этим выявлена достоверная обратная корреляционная связь между частотой заболеваемости БЛД и степенью недоношенности. Риск возникновения БЛД возрастал с уменьшением гестационного возраста новорожденного. Кроме того, глубоко недоношенные дети (с 3 и 4 степенью недоношенности) были более длительно зависимы от кислорода, чем дети с 1 и 2 степенью недоношенности.

В ходе исследования также установлена достоверная прямая корреляционная связь между курением матери и частотой заболеваемости БЛД. Отмечено, что дети от курящих, особенно во время беременности, матерей имели среднетяжелую и тяжелую степень БЛД, в то время как у детей от некурящих матерей и от матерей, которые во время беременности от курения воздерживались, преобладала легкая, либо среднетяжелая степень заболевания.

Наиболее значимыми в развитии БЛД у недоношенных детей являлись следующие факторы: параметры ИВЛ ($p=0,82$; m 0,25), степень недоношенности ($p=0,8$; m 0,2), курение матери ($p=0,76$; m 0,21). Некоторые из них на сегодняшний день являются управляемыми.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что наибольший риск развития БЛД представляют следующие факторы: жесткие параметры ИВЛ; глубокая недоношенность; курение матери во время беременности. Некоторые из них на сегодняшний день являются управляемыми.

С целью профилактики развития БЛД необходимо вести активную пропаганду здорового образа жизни матерей в прегравидарном и гравидарном периоде, проводить мероприятия по пролонгированию беременности на этапе женских консультаций, осуществлять внедрение щадящих режимов ИВЛ в практику отделений интенсивной терапии новорожденных.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Литература

1. Thomas W., Speer Ch.P. (перевод Д.О.Иванова, Н.А. Петровой) Современный взгляд на профилактику и лечение бронхолегочной дисплазии // Детская медицина Северо-Запада. 2012/т.3 №2. с.50-56;
2. Мавропуло Т.К., Иванов Д.О., Сурков Д.Н., Фот А.Ю. особнности оказания неотложной и реанимационной помощи новорожденным родившимся в 22-27 недель гестации // Детская медицина Северо-Запада. 2012/т.3 №2. с.4-12;
3. Овсянников Д.Ю. Система оказания медицинской пломощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией. Руководство для практикующих врачей. М.: МДВ. 2010. - 152с

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Санитарно-гигиенические проблемы окружающей среды

ID: 2012-11-977-T-1730 Тезис

Бойко Л.П.

Изменения медико-демографических показателей в Саратовской области за период 2010-2011 гг.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены

К числу важнейших параметров, характеризующих состояние здоровья населения, относятся медико-демографические показатели, по большинству из которых в последние годы наблюдаются неблагоприятные тенденции.

По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области население Саратовской области к началу 2011 г. составило 2552,6 тыс. человек. В 2010 г. число случаев смерти зарегистрированных в области увеличилось на 1056 человек в сравнении с 2009 годом и составило 39716 человек.

В 2010 г. на первом месте остаются болезни системы кровообращения (56,9%), на втором – смертность от новообразований (12,8%), на третьем – смертность от несчастных случаев, отравлений и травмы (10,0%).

В 2010 г. зарегистрировано 162 случая смерти детей в возрасте до 1 года, показатель младенческой смертности составил 5,9 на 1000 родившихся, что на 13,2% ниже уровня 2009 г.

По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области население Саратовской области к началу 2012 г. составило 2508,6 тыс. человек (табл. 10.1). В 2011 г. число случаев смерти зарегистрированных в области снизилось на 3240 человек в сравнении с 2010 годом и составило 36476 человек.

В 2011 г., как и в предыдущие годы, структура причин смертности не изменилась. На первом месте остаются болезни системы кровообращения (51,1%), на втором – смертность от новообразований (12,7%), на третьем – смертность от несчастных случаев, отравлений и травмы (10,8%).

В 2011 г. зарегистрировано 155 случаев смерти детей в возрасте до 1 года, пока- затель младенческой смертности составил 5,8 на 1000 родившихся, что на 3,5% ниже уровня 2010 г. Основными причинами смертности детей в возрасте до 1 года по-прежнему ос- таются состояния, возникшие в перинатальном периоде (34,8%) врождённые аномалии (27,7%).

На основании проведённого анализа нельзя не отметить, что обострение течение ряда заболеваний обусловлено опосредованным воздействием данного фактора окружающей среды. Своевременный и наиболее полный учёт населения по демографическим показателям способен дать достаточно полноценную картину демографической ситуации в Саратовской области, а следовательно, определить направления дальнейшей социальной политики.

Ключевые слова: медико-демографические показатели

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-977-T-1752 Тезис

Вяткин И.Н., Вилкова Е.А., Логашова Н.Б.

Канцерогены в промышленности на территории Саратовской области

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

В ходе исследования производился анализ производственных канцерогенов для районов Саратовской области, в которых за период с 2002 по 2011 год наблюдалось превышение среднеобластного показателя смертности от онкологических заболеваний. По данным Госдоклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области в 2011 году» наиболее неблагоприятная обстановка наблюдается в Петровском (225,6), Хвалынском (222,5), Балтайском (220,8), Балаковском (220,4) и Краснокутском (205,2) районах. Каждый из районов имеет предприятия, использующие в процессе производства канцерогенные вещества.

Так на территории Петровского района существует мебельное производство, в процессе которого в атмосферу выбрасываются бензол и этилбензол, ксилол и толуол, фенол, формальдегид, стирол, винилхлорид, поливинилхлорид.

Характерной особенностью экологической обстановки в Хвалынском районе является тот факт, что огромная масса различных загрязнителей (в т. ч. тяжелых металлов) поступает сюда транзитом с верховьев Волги, оседая на дне двух водохранилищ. Через волжскую воду (питьевое водоснабжение, орошение, полив садово-огородных участков) вместе с речной рыбой вредные вещества поступают в организм человека и накапливаются в нем.

Балаковский район является крупнейшим промышленным центром области. На территории района имеется сосредоточение большого количества предприятий, использующих и выделяющих канцерогенны.

Резинотехническая промышленность на территории Краснокутского района является наиболее вероятной причиной повышения числа опухолевых заболеваний. Так в атмосферу при производстве резины выбрасываются пары растворителей, хлоропрен, 2-Метилбута-1,3-диен (изопрен), оксиды серы и углерода, хлористый водород.

Таким образом, в каждом из лидирующих по данному признаку районов был выявлен наиболее вероятный фактор роста числа онкозаболеваний. Однако, количество предприятий на территории районов и объем производства не дает прямой зависимости с ростом заболеваемости, что позволяет сделать вывод о качестве очистки отходов и соответствию режима работы на территории Балаковского района.

В качестве профилактики возможны изменение технологии производства, установка совершенных средств очистки выбросов и исключение эффекта суммации.

Ключевые слова: канцерогены, промышленность, вредность

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-977-T-1755 Тезис

Иванченко М.Н., Моисеев Р.В., Пономарёв В.В., Юдина Н.В.

Информированность населения о роли и функциях витамина К в организме человека

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Цель исследования: определение информированности молодых людей о роли и функциях витамина К в организме человека.

Актуальность проблемы: несбалансированное питание, в частности, нерегулярное включение в рацион продуктов, богатых витамином К (капуста, томаты, тыква, печень), приводит к пищевому дефициту витамина К, что в сочетании с недостаточностью эндогенного синтеза (при гастроэнтерологических заболеваниях) может способствовать дисфункции системы гемостаза.

Проведено анкетирование 100 человек (59 женщин, 41 мужчин, возраст от 18 до 25 лет). Из опрошенных 50 человек были пациентами гастроэнтерологических отделений городских и областного стационаров (с хроническим гастритом, синдромом раздраженного кишечника, панкреатитом, холециститом, дискинезиями желчевыводящих путей). Группу сравнения составили 50 практически здоровых людей. Выяснялись знания анкетируемых о содержании витамина К в продуктах питания, необходимой суточной норме, заболеваниях, вызванных дефицитом витамина К, эндогенных источниках синтеза в организме и др. Респонденты обеих групп сопоставимы по уровню общего образования. Анкетирование не предполагало использования источников открытого доступа информации.

Результаты и обсуждение: 47% опрошенных неверно ответили на вопрос о пищевых источниках витамина К и 80% - о медикаментозных препаратах, его содержащих. 31% респондентов обнаружили знание суточной нормы потребления витамина К (0,2-0,3 мг/сутки). 46% опрошенных верно информированы в отношении роли витамина К в развитии соматической патологии. Лишь 3% осведомлены об источнике эндогенного синтеза витамина К (указав микрофлору кишечника). Статистически значимых различий в количестве верных ответов у респондентов основной и группы сравнения не отмечено. В группе здоровых лиц достоверно выше оказалась частота включения в пищевой рацион продуктов, содержащих витамин К (31% vs 11%, x^2=3,56; $p<0,05$).

Проведенное исследование показало недостаточную осведомленность населения о роли и источниках витамина К в организме. Убедительной взаимосвязи информированности по данной проблеме и гастроэнтерологических заболеваний у лиц молодого возраста не продемонстрировано. Однако среди здоровых лиц наблюдается достоверно большая приверженность к сбалансированному питанию.

Ключевые слова: информированность населения, функции витамина К

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-231-T-1768 Тезис

Бойко Л.П., Болотникова Ю.А., Логашова Н.Б.

Актуальные аспекты формирования гигиенических знаний у населения Саратовской области

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены

Основные понятия и направления профилактики, как непременной составной части мероприятий по охране здоровья граждан, закреплены и значительно усилены положениями недавно вступившего в силу Федерального закона №323 от 21.11.2011 г «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Такая же стратегия, направленная на воспитание гигиенической и санитарной культуры, заботе населения о собственном здоровье еще ранее закреплена в положениях Федерального закона №52-ФЗ от 30.03.1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (ст. 10,36). Гигиеническая подготовка является достаточно мощным инструментом формирования здоровья в целом. Поэтому вопрос организации санитарно-просветительской работы среди населения и гигиенической подготовки декретированных контингентов в последние годы приобрел приоритетное направление и является одним из важнейших методов первичной профилактики заболеваний. Это связано с тем, что в сферы производства, оборота продуктов питания, непродовольственных товаров, бытового обслуживания и других видов деятельности вовлечено большое количество непрофессионалов, не получивших не только специальную подготовку, но и не имеющих навыков элементарной грамотности в данной области. В связи с этим в 2002 году в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области» создано отделение гигиенической профессиональной подготовки. Работа отделения построена по четырем направлениям: организационно-методическое руководство работой сотрудников филиалов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области» по профессиональному гигиеническому обучению и воспитанию населения; гигиеническое воспитание населения; обучение лиц декретированных профессий по дифференциальным программам и аттестация на знание санитарно-эпидемиологических требований оформление и выдача личных медицинских книжек. В реализации комплекса мер, направленных на охрану здоровья населения, особую роль играют средства массовой информации (телевидение, радио, многотиражные и местные газеты). Оценивая результаты работы по организации и проведению гигиенического воспитания населения и проведения профессиональной гигиенической подготовки для декретированных контингентов, можно сделать вывод, что эффективное взаимодействие Управления Роспотребнадзора и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Саратовской области способствует поддержанию стабильного санитарно-эпидемиологическое благополучия населения Ростовской области.

Ключевые слова: гигиенические знания, население

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-977-A-1771 Оригинальная статья

Галстян Г.А., Кочетков Н.В., Логашова Н.Б.

Современные проблемы гигиены водных объектов и питьевого водоснабжения в Саратовской области

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены

Резюме

Основной причиной загрязнения водоемов продолжает оставаться сброс загрязненных сточных вод в результате недостаточного строительства очистных канализационных сооружений в городах и рабочих поселках области, состояние существующих очистных сооружений, требующих реконструкции, внедрения современных технологий очистки сточных вод. На территории Саратовской области эксплуатируются 79 объектов удаления сточных вод. В селах области сброс сточных вод осуществляется чаще всего в искусственно созданные пруды-испарители, а жители частных домовладений для этих целей используют выгребные ямы. С целью слежения за состоянием водоснабжения населения, уровнем инфекционной заболеваемости и определением их возможной взаимосвязи Управлением Роспотребнадзора по Саратовской области проводился санитарно-гигиенический мониторинг, и определялись мероприятия, направленные на оздоровление складывающейся эпидемиологической обстановки. Еженедельные сводки о состоянии хозяйственно-питьевого водоснабжения направлялись главному федеральному инспектору по Саратовской области аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Приволжском федеральном округе и в прокуратуру области.

Ключевые слова: гигиена водных объектов

В пределах Саратовской области протекает 358 рек длиной более 10 км, общая протяженность их составляет 12331 км, в том числе 58 рек длиной более 50 км. Контроль за санитарным состоянием водоемов области в местах хозяйственно-бытового водоснабжения остается одной из основных задач службы в связи с тем, что основными источниками хозяйственно-питьевого водоснабжения населения области являются открытые водоемы.

Надзор за водоемами проводился службой в местах водопользования первой (вместах водозабора) и второй (в зонах рекреации и водоемах, имеющихся в черте населенных мест) категорий.

В 2011 г. по сравнению с 2010 г. состояние водных объектов в местах водопользования населения улучшилось на 1,9% по санитарно-химическим показателям, на 0,9% по микробиологическим показателям. Доля проб воды, не соответствующей гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям составила – 16,6%, ,по санитарнохимическим – 17,0%.

Основными загрязняющими отраслями являются жилищно-коммунальное хозяйство, предприятия по производству и распределению электроэнергии, газа, воды, химическая промышленность.

Основной причиной загрязнения водоемов продолжает оставаться сброс загрязненных сточных вод в результате недостаточного строительства очистных канализационных сооружений в городах и рабочих поселках области, состояние существующих очистных сооружений, требующих реконструкции, внедрения современных технологий очистки сточных вод.

На территории Саратовской области эксплуатируются 79 объектов удаления сточных вод.

В селах области сброс сточных вод осуществляется чаще всего в искусственно созданные пруды-испарители, а жители частных домовладений для этих целей используют выгребные ямы.

Под особым контролем в летний период находились зоны рекреации водных объектов. В 2011 г. издано и направлено на административные территории области Постановление главного государственного санитарного врача области от 08.04.2011 г. № 9 «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия в зонах рекреации в

летний сезон 2011 г.», а также от 16.02.2011 г. № 2 «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения области в период паводка в 2011 г.».

Готовность пляжей к летнему периоду оценивалась по результатам комплексных проверок зон рекреации пляжей, баз отдыха и других объектов. Всем балансодержателям зон отдыха были выданы санитарные задания и предписания с конкретными санитарными требованиями по каждой зоне отдыха и установлен контроль за их реализацией.

Всего в области функционировало 22 организованных пляжа и 125 баз отдыха с организованными пляжами, которые были согласованы со службой Роспотребнадзора и открывались при наличии санитарно-эпидемиологических заключений. Лабораторный контроль мест рекреационного водопользования осуществлялся перед началом купального сезона, в период его проведения и после окончания.

На лабораторное исследование было отобрано 1133 пробы на санитарно-химические показатели, из них 207 нестандартные (18,3%) и 1160 на микробиологические показатели, из них 219 нестандартных (18,9%).

Качество воды водоисточников по санитарно-химическим и микробиологическим показателям в течение последних 4-х лет остается стабильным, хотя отмечаются некоторые колебания по годам.

Благополучным является водоснабжение городов Саратов, Энгельс, Балаково, Вольск, Ртищево, а также ряда районов Правобережья, имеющих благоприятную в гигиеническом отношении подземную воду – Вольского, Воскресенского, Хвалынского,Ртищевского, Турковского, Балашовского, Самойловского, Ровенского. Однако, на ряде муниципальных районов области обстановка с обеспечением водопроводов с водозабором из открытых водоемов очистными сооружениями и обеззараживающими установками остается неудовлетворительной. Так, в Перелюбском, Питерском, Новоузенском районах ни один из водопроводов не имеет очистных сооружений, кроме расположенных в г. Новоузенске и с. Питерка. В Федоровском, Ершовском, Пугачёвском, Краснокутском, Дергачевском районах процент обеспеченности очисткой составляет от 4,8 до 17,6%.

С целью улучшения состояния хозяйственно-питьевого водоснабжения населения в области были реализованы мероприятия областной целевой программы «Обеспечение населения Саратовской области питьевой водой на 2011-2015 гг.», утверждённой Постановлением Правительства Саратовской области от 16 ноября 2010 г. N 574-П. В 2011 г. по выполнению областной целевой программы было профинансировано 117360,0 тыс. руб.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Кроме того, вопросы улучшения водоснабжения реализуются по Федеральной целевой программе «Сохранение и восстановление плодородия почв, земель сельскохо-зяйственного назначения и агроландшафтов как национального достояния России на 2006-2010 гг. и на период до 2013 г.». В рамках федеральной программы проводится реконструкция групповых сельских водопроводов, реконструкция оросительно-обводнительного канала им. Е.Е. Алексеевского. В 2011 г. в ходе реализации целевых программ проводились следующие мероприятия:

- Строительство насосной станции 1 подъема и водовода протяженностью 18 км в г. Ершове;
- Реконструкция системы водоснабжения в р.п. Озинки, п. Сланцевый Рудник Озинского района;
- Реконструкция Орлово-Гайского группового водопровода Дергачевского района;
- Геологоразведочные работы на поиск, разведку и утверждение запасов подземных вод с. Елшанка Воскресенского района;
- Реконструкция водоснабжения в с. Старые Бурасы Базарнокарабулакского района Саратовской области;
- Модернизация водозаборов подземных вод в сельских населенных пунктах Лысогорского муниципального района (с. Белое озеро и с. Золотая Гора);
- Разработка проектной документации на:
    - Реконструкцию очистных сооружений канализации г. Пугачева;
    - Реконструкцию водоочистной станции и разводящих сетей с. Усть-Курдюм;
    - Реконструкцию канализационных (биологических) очистных сооружений в р.п. Степное Советского района;
    - Реконструкцию очистных сооружений хозяйственно-бытовой канализации ЭКО-Р-150 п. Алексеевка Хвалынский район;
    - Реконструкцию водопроводных сетей в г. Аркадак;
- Геологоразведочные работы на поиск, разведку и утверждение запасов подземных вод с. Елшанка Воскресенского района.

С целью слежения за состоянием водоснабжения населения, уровнем инфекционной заболеваемости и определением их возможной взаимосвязи Управлением Роспотребнадзора по Саратовской области проводился санитарно-гигиенический мониторинг, и определялись мероприятия, направленные на оздоровление складывающейся эпидемиологической обстановки. Еженедельные сводки о состоянии хозяйственно-питьевого водоснабжения направлялись главному федеральному инспектору по Саратовской области аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Приволжском федеральном округе и в прокуратуру области.

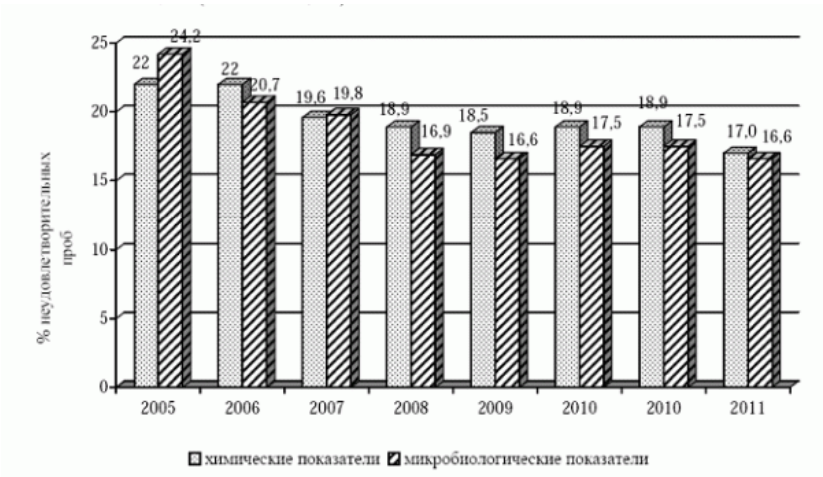


Рис. 1.3. Качество воды водоемов области с учетом истекшего года

Литература

1. Черкинский С.Н. Руководство по гигиене водоснабжения
2. Гончарук Е.И. Коммунальная гигиена
3. Большаков А.М., Новикова И.М. Общая гигиена
4. Акулова К.И., Буштуева К.А. Коммунальная гигиена

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-977-A-1847 Оригинальная статья

Седов Д.С., Махина В.И., Иванченко М.Н.

Влияние электромагнитного излучения, создаваемого мобильными устройствами, на здоровье человека

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии

Резюме

Неизбежность воздействия электромагнитного излучения (ЭМИ) на население и окружающую живую природу стало данью современному техническому прогрессу и все более широкому применению телевидения и радиовещания, радиосвязи и радиолокации, использования СВЧ - излучающих приборов и технологий и т.п. И хотя возможна определенная канализация излучения, уменьшающая нежелательное облучение населения, и регламентация во время работ излучающих устройств, дальнейший технический прогресс все же повышает вероятность воздействия ЭМИ на человека. *Цель:* привлечение внимания общественности к проблеме влияния электромагнитного излучения на здоровье человека, поиску эффективных путей его уменьшения. Серьезным источником электромагнитного излучения являются мобильные устройства, в частности мобильные телефоны, планшетные компьютеры. Сотовая радиотелефония является сегодня одной из наиболее интенсивно развивающихся телекоммуникационных систем. В настоящее время во всем мире насчитывается около 6 миллиардов подписчиков мобильной сотовой связи, то есть 86 абонентов на 100 жителей планеты, пользующихся услугами мобильной связи (в России – около 250 млн.

Ключевые слова: электромагнитное излучение и здоровье человека.

Введение

Неизбежность воздействия электромагнитного излучения (ЭМИ) на население и окружающую живую природу стало данью современному техническому прогрессу и все более широкому применению телевидения и радиовещания, радиосвязи и радиолокации, использования СВЧ - излучающих приборов и технологий и т.п. И хотя возможна определенная канализация излучения, уменьшающая нежелательное облучение населения, и регламентация во время работ излучающих устройств, дальнейший технический прогресс все же повышает вероятность воздействия ЭМИ на человека.

Цель: привлечение внимания общественности к проблеме влияния электромагнитного излучения на здоровье человека, поиску эффективных путей его уменьшения.

Наибольший вклад в электромагнитную обстановку жилых помещений в диапазоне промышленной частоты 50 Гц вносит электротехническое оборудование здания, а именно кабельные линии, подводящие электричество ко всем квартирам и другим потребителям системы жизнеобеспечения здания, а также распределительные шиты и трансформаторы. В помещениях, смежных с этими источниками, обычно повышен уровень магнитного поля промышленной частоты, вызываемый протекающим электротоком. В настоящее время многие специалисты считают предельно допустимой величину магнитной индукции равной 0,2 - 0,3 мкТл. При этом считается, что развитие заболеваний, прежде всего лейкемии, очень вероятно при продолжительном облучении человека полями более высоких уровней (несколько часов в день, особенно в ночные часы, в течение периода более года). Таким образом, основной мерой защиты от облучения является предупредительность.

Все бытовые приборы, работающие с использованием электрического тока, являются источниками электромагнитных полей, наиболее мощными среди которых следует признать СВЧ-печи, аэрогрили, холодильники с системой "no frost", кухонные вытяжки, электроплиты, телевизоры. Реально создаваемое электромагнитное поле в зависимости от конкретной модели и режима работы может сильно различаться среди оборудования одного типа. Мы рекомендуем, приобретая бытовую технику, проверяйте в гигиеническом заключении (сертификате) отметку о соответствии изделия требованиям санитарных норм; удаляйте спальное место на расстояние не менее 2-х метров от холодильников с системой "без инея", некоторых типов "теплых полов", нагревателей, телевизоров и систем сигнализации, если они работают во время Вашего ночного отдыха.

Не менее серьезным источником электромагнитного излучения являются мобильные устройства, в частности мобильные телефоны, планшетные компьютеры. Сотовая радиотелефония является сегодня одной из наиболее интенсивно развивающихся телекоммуникационных систем. В настоящее время во всем мире насчитывается около 6 миллиардов подписчиков мобильной сотовой связи, то есть 86 абонентов на 100 жителей планеты, пользующихся услугами мобильной связи (в России – около 250 млн.).

Материалы и методы

Мы провели исследование методом анкетирования среди студентов 4-го курса лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского. Было анкетировано 90 человек.

Результаты и обсуждение

Выявляя показатель звонков студентов в течение дня, было установлено, что 23 чел. (25,6%) очень часто (более 4 р/д) разговаривают по телефону в течение дня, 38 чел. (42,2%) часто (3-4 р/д), 25 чел. (27,8%) 1-2 раза в день, 4 чел. (4,4%) редко.

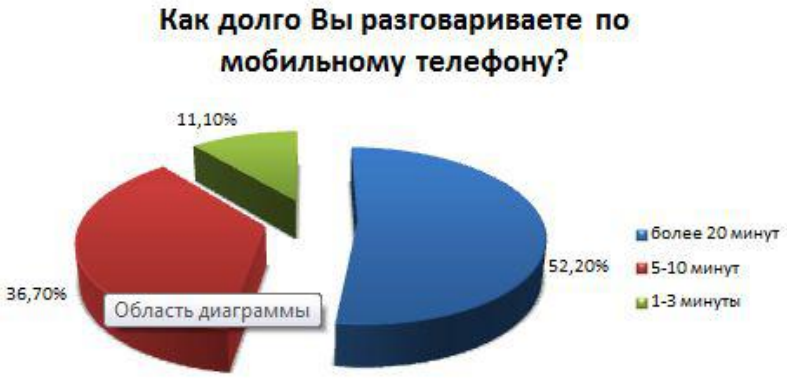
По результатам исследования было также установлено, что 47 чел. (52,2%) разговаривают по мобильному телефону более 20 минут, 33 чел. (36,7%) 5-10 минут и 10 чел. (11,1%) - 1-3 минуты. В тоже время, 71 чел. (78,9% анкетируемых студентов) убеждены в негативном воздействии мобильного телефона на здоровье человека, 15 чел. (16,7%) считают, что мобильные устройства негативного влияния на организм не оказывают и 4 чел. (4,4%) сомневаются.

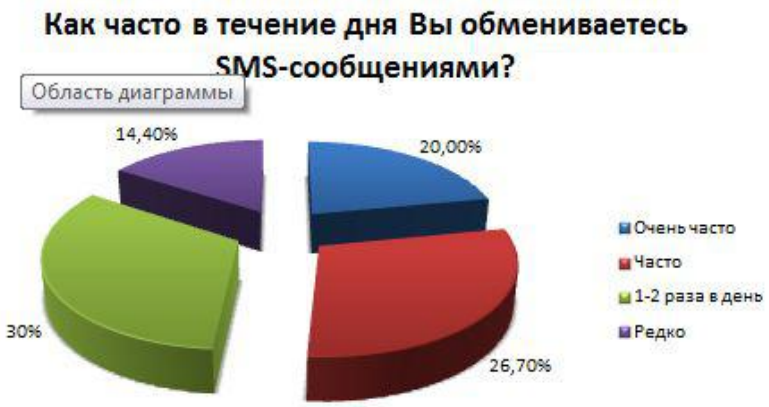
Также был выявлен показатель переписки студентов SMS-сообщениями. В результате установлено, что 18 чел. (20,0%) очень часто обмениваются SMS-сообщениями в течение дня, 24 чел. (26,7%) часто, 27 чел. (30%) 1-2 раза в день, 13 чел. (14,4%) редко и 8 чел. (8,9%) очень редко.

По результатам исследования мы составили следующие рекомендации:

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

- не пользуйтесь сотовым телефоном без необходимости и разговаривайте непрерывно не боле 3-4 минут;
- при покупке выбирайте сотовый телефон с меньшей максимальной мощностью излучения.





Заключение

В заключении хочется отметить, что все лица с начальными проявлениями клинических нарушений, обусловленных воздействием электромагнитного поля (астенический, астеновегетативный, гипоталамический синдром), должны наблюдаться у специалистов с проведением соответствующих гигиенических и терапевтических мероприятий, направленных на оздоровление условий труда и восстановление состояния здоровья работающих.

Литература

1. Стожаров А. Н. Медицинская экология: Учеб. пособие для вузов. — Минск: Высшая школа, 2007.
2. Михайлов В.В. Основы патологической физиологии. – М.: Медицина. – 2001 год.
3. Морозов А.А. Экология человека, компьютерные технологии и безопасность оператора // Вестник экологического образования в России. – 2003, № 1. – С. 13-17.
4. Уилмор Дж.Х., Костилл Д.Л. Физиология спорта. – Киев: Олимпийская литература. – 2001 год.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-977-A-1848 Оригинальная статья

Седов Д.С., Махина В.И., Иванченко М.Н.

Влияние электромагнитного излучения, создаваемого персональным компьютером, на здоровье человека

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии

Резюме

Неизбежность воздействия электромагнитного излучения (ЭМИ) на население и окружающую живую природу стало данью современному техническому прогрессу и все более широкому применению телевидения и радиовещания, радиосвязи и радиолокации, использования СВЧ - излучающих приборов и технологий и т.п. И хотя возможна определенная канализация излучения, уменьшающая нежелательное облучение населения, и регламентация во время работ излучающих устройств, дальнейший технический прогресс все же повышает вероятность воздействия ЭМИ на человека. *Цель:* привлечение внимания общественности к проблеме влияния электромагнитного излучения на здоровье человека, поиску эффективных путей его уменьшения. Серьезной проблемой является компьютерное излучение, оказывающее негативное влияние на здоровье человека. По обобщенным данным, у работающих за монитором от двух до шести часов в сутки функциональные нарушения центральной нервной системы происходят чаше в среднем в 4,6 раз, болезни сердечно-сосудистой системы в два раза, болезни верхних дыхательных путей в 1,9 раз, болезни опорно-двигательного аппарата - в 3,1 раз чаще.

Ключевые слова: электромагнитное излучение, здоровье человека

Введение

Неизбежность воздействия электромагнитного излучения (ЭМИ) на население и окружающую живую природу стало данью современному техническому прогрессу. И хотя возможна определенная канализация излучения, уменьшающая нежелательное облучение населения, и регламентация во время работ излучающих устройств, дальнейший технический прогресс все же повышает вероятность воздействия ЭМИ на человека.

Цель: привлечение внимания общественности к проблеме влияния электромагнитного излучения на здоровье человека, поиску эффективных путей его уменьшения.

Наибольший вклад в электромагнитную обстановку жилых помещений в диапазоне промышленной частоты 50 Гц вносит электротехническое оборудование здания, а также распределительные щиты и трансформаторы. В помещениях, смежных с этими источниками, обычно повышен уровень магнитного поля промышленной частоты, вызываемый протекающим электротоком. В настоящее время многие специалисты считают предельно допустимой величину магнитной индукции равной 0,2 - 0,3 мкТл. При этом считается, что развитие заболеваний, прежде всего лейкемии, очень вероятно при продолжительном облучении человека полями более высоких уровней (несколько часов в день, особенно в ночные часы, в течение периода более года). Таким образом, основной мерой защиты от облучения является предупредительность.

Все бытовые приборы, работающие с использованием электрического тока, являются источниками электромагнитных полей, наиболее мощными среди которых следует признать СВЧ-печи, аэрогрили, холодильники с системой "no frost", кухонные вытяжки, электроплиты, телевизоры. Реально создаваемое электромагнитное поле различается в зависимости от конкретной модели и режима работы среди оборудования одного типа. Мы рекомендуем, приобретая бытовую технику, проверяйте в гигиеническом заключении (сертификате) отметку о соответствии изделия требованиям санитарных норм; удаляйте спальное место на расстояние не менее 2-х метров от холодильников с системой "без инея", некоторых типов "теплых полов", нагревателей, телевизоров и систем сигнализации, если они работают во время Вашего ночного отдыха.

Серьезной проблемой является компьютерное излучение, оказывающее негативное влияние на здоровье человека. По обобщенным данным, у работающих за монитором от двух до шести часов в сутки функциональные нарушения центральной нервной системы происходят чаше в среднем в 4,6 раз, болезни сердечно-сосудистой системы в два раза, болезни верхних дыхательных путей в 1,9 раз, болезни опорно-двигательного аппарата - в 3,1 раз чаще.

Материалы и методы

Проведя анкетирование среди 90 студентов 4-го курса лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского, мы получили данные о том, что 80 человек (88,9% анкетированных студентов) каждый день проводят время за компьютером, 10 человек (11,1%) - несколько раз в неделю.

Результаты и обсуждение

По результатам исследования, получены данные о том, что преобладающее большинство проводит время за компьютером без перерыва около 2-х часов – 29 человек (32,22%), в течение часа – 26 человек (28,9%) , дольше 3-х часов 19 человек (21,11%), около 3-х часов – 12 человек (13,33%) и не более 30 минут – 4 человека (4,44%).

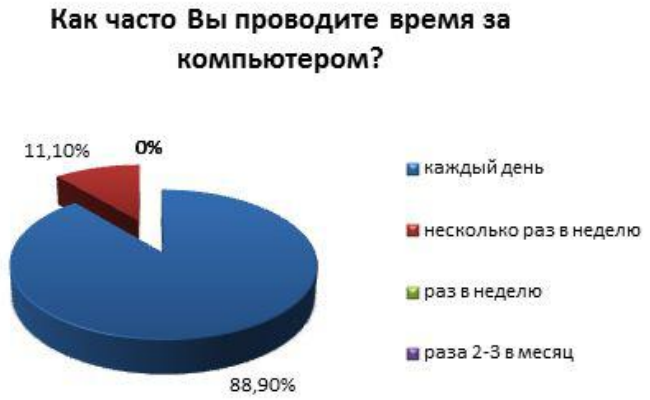
Хотя большей части анкетируемых, а именно 71 студенту (78,9%), нравится работать за компьютером, плохое самочувствие при занятиях за компьютером испытывают почти все студенты – 72 человека (80%). У 45 человек (50% опрошенных) наблюдается комплекс симптомов: усталость, сонливость, резь в глазах при длительной работе за компьютером, у 17 человек (18,9%) наблюдается только боль и резь в глазах и 10 человек (11,1%) чувствуют себя удовлетворительно, отмечают слабость, сонливость, либо раздражительность.

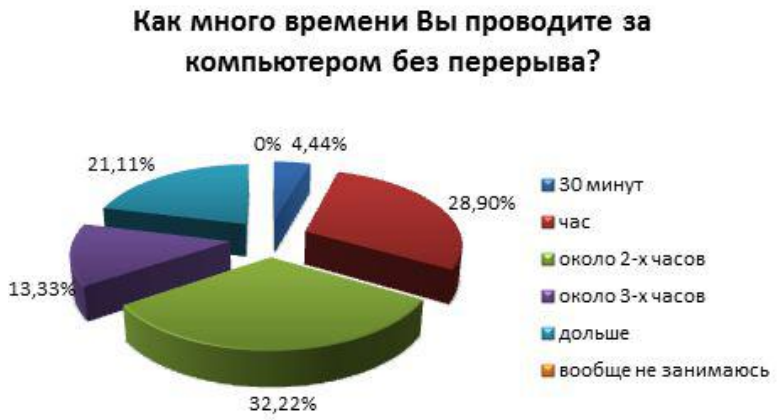
76 человек (84,5% студентов) считают, что ЭМИ, создаваемое компьютером, оказывает негативное воздействие на здоровье человека, 10 человек (11,1%) считают, что негативное воздействие отсутствует, и 4 человека (4,4%) затрудняются с ответом.

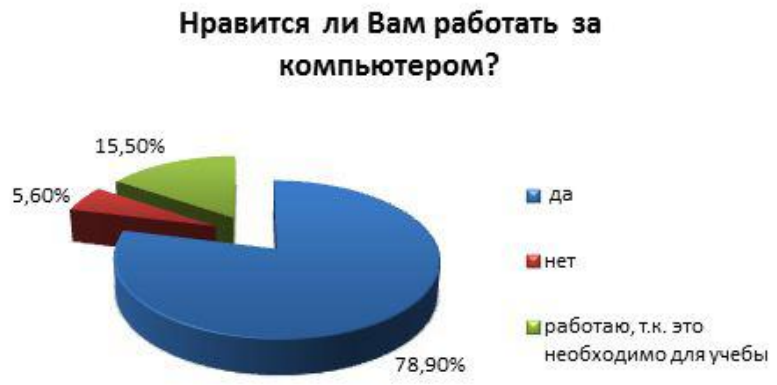
По результатам исследования мы составили следующие рекомендации:

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

- по возможности сократите время работы за компьютером и чаще прерывайте работу;
- во время перерывов используйте специальную гимнастику для глаз и комплексы упражнений для опорно-двигательного аппарата;
- используйте мониторы с минимальными уровнями ЭМИ.







Заключение

В заключении хочется отметить, что все лица с начальными проявлениями клинических нарушений, обусловленных воздействием электромагнитного поля (астенический, астеновегетативный, гипоталамический синдром), должны наблюдаться у специалистов с проведением соответствующих гигиенических и терапевтических мероприятий, направленных на оздоровление условий труда и восстановление состояния здоровья работающих.

Литература

1. Демирчоглян Г.Г. Компьютер и здоровье. – М.: Издательство Лукоморье, Темп МБ, Новый Центр, 1997. – 256 с.
2. Жураковская А.Л. Влияние компьютерных технологий на здоровье пользователя. // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2002, № 2. – С.169-173.
3. Макевнин С. Г. А. А. Вакулин. Охрана природы. – М.: изд. Агропромиздат, 1991 год.
4. Михайлов В.В. Основы патологической физиологии. – М.: Медицина. – 2001 год.
5. Морозов А.А. Экология человека, компьютерные технологии и безопасность оператора. // Вестник экологического образования в России. – 2003, № 1. – С. 13-17.

6. Степанова М. Как обеспечить безопасное общение с компьютером. // Народное образование. – 2003, № 2. – С.145-151.
7. Уилмор Дж.Х., Костилл Д.Л. Физиология спорта. – Киев: Олимпийская литература. – 2001 год.
8. Ушаков И.Б. и др. Оценка физических характеристик мониторов современных персональных компьютеров с позиций стандартов безопасности и характера деятельности. // Безопасность жизнедеятельности. – 2002, № 7. – С.19-22.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-977-A-1849 Оригинальная статья

Седов Д.С., Махина В.И., Иванченко М.Н.

Трансгенные культуры: шаг в пропасть или путь к изобилию

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей гигиены и экологии

Резюме

Сегодня один из наиболее актуальных вопросов современности – вопрос, обсуждаемый в связи с возделыванием генетически модифицированных культур – возможность передачи генов от генетически модифицированных растений к другим обитателям биоценоза и микроорганизмам ризосферы, а также от генетически модифицированных продуктов к бактериям желудочно-кишечного тракта человека и животных. *Цель:* содействие информационно-просветительской деятельности в области генетической инженерии через развитие основных знаний у общественности и формирование на их основе трезвого, взвешенного отношения к данному вопросу, а в частности и к собственному здоровью в целом; выявление информированности и осведомленности студентов о трансгенных культурах, их отношении к генно-модифицированным (ГМ) продуктам.

Ключевые слова: трансгенные культуры, ГМО, здоровье

Введение

Сегодня один из наиболее актуальных вопросов современности – вопрос, обсуждаемый в связи с возделыванием генетически модифицированных культур – возможность передачи генов от генетически модифицированных растений к другим обитателям биоценоза и микроорганизмам ризосферы, а также от генетически модифицированных продуктов к бактериям желудочно-кишечного тракта человека и животных.

Цель: содействие информационно-просветительской деятельности в области генетической инженерии через развитие основных знаний у общественности и формирование на их основе трезвого, взвешенного отношения к данному вопросу, а в частности и к собственному здоровью в целом; выявление информированности и осведомленности студентов о трансгенных культурах, их отношении к генно-модифицированным (ГМ) продуктам.

Генная инженерия растений развивается очень быстрыми темпами. Первое трансгенное, или генетически модифицированное, растение (ГМР) было получено в 1984 году, а через два года в США и во Франции уже проводились полевые испытания. Площади, занятые трансгенными растениями, стремительно возрастают: с 1,7 млн. га в 1996 году, когда началось их возделывание в коммерческих масштабах, до 58,7 млн. га в 2002 году, что составляло около 4,5% от всех пахотных земель в мире. Причем 99% этой площади занимают четыре культуры: соя, кукуруза, хлопок и рапс. Хотя значительная часть трансгенных культур выращивается в развитых странах в 2002 г. более четверти общемировой площади возделывания таких растений приходилась на развивающиеся страны и страны с переходной экономикой. В основном выращивают шесть генетически измененных культур - сою, кукурузу, хлопчатник, озимый рапс, кабачок и папайю.

Россия же идет своим путем. С одной стороны, появление генетически модифицированных растений у нас в стране должно только приветствоваться: колорадский жук и другие вредители, а так же дорогие ядохимикаты, вредные для здоровья и зачастую неэффективные. С другой стороны, закон, позволяющий выращивать трансгенные растения, до сих пор не принят. Да и к биотехнологиям наши люди относятся по-разному. Спокойно и даже подчас с излишним энтузиазмом воспринимают традиционные отрасли: пивоварение, производство спирта и хлеба, вакцин и лекарств, не возражают против молекулярных методов диагностики. А вот генетически модифицированным растениям не повезло.

Материалы и методы

По результатам проведенного нами опроса среди студентов 4-го курса лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского выявлено, что из 87 опрошенных 3 чел. (3,44%) положительно относятся к трансгенным культурам, 20 чел. (23%) – безразлично и 64 чел. (73,56%) – отрицательно.

По результатам опроса также было установлено, что 36 чел. (41,37%) не покупают продукцию, содержащую ГМО, приблизительно столько же, а именно 37 чел. (42,53%) при покупке продукции не задумываются о содержании в ней ГМО, и 14 чел. (16,1%) осознанно покупают продукцию с ГМО.

Как было установлено, большинство анкетированных получили информацию о ГМО из интернета и телевидения, на втором месте стоят журналы и газеты, на третьем прочие источники. Однако, преобладающее большинство, а именно 76 чел (87,35%) считают, что достоверную информацию о ГМО можно получить лишь из медицинских журналов и вестников.

На вопрос о том, как вы относитесь к тому, что в нашей стране станут выращивать трансгенные культуры, 8 чел. (3,2%) ответили, что положительно, 18 чел. (20,7%) – безразлично и преобладающее большинство – 61 чел. (70,1%) – отрицательно.

Результаты и обсуждение

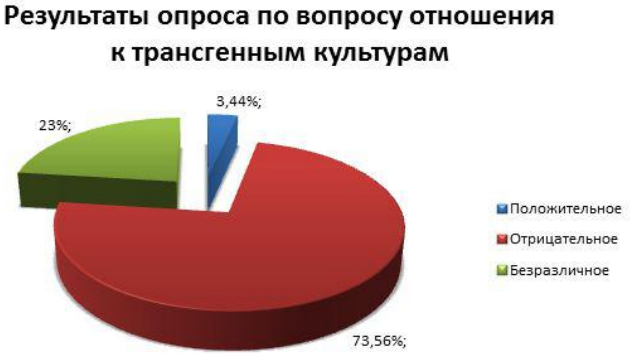
В целом, в результате исследования установлено, что студенты 4-го курса лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского с настороженностью относятся к генетически модифицированным культурам и выступают против появления продуктов, содержащих ГМО на прилавках наших магазинов, а также стараются, по возможности, не покупать продукцию, содержащую ГМО.

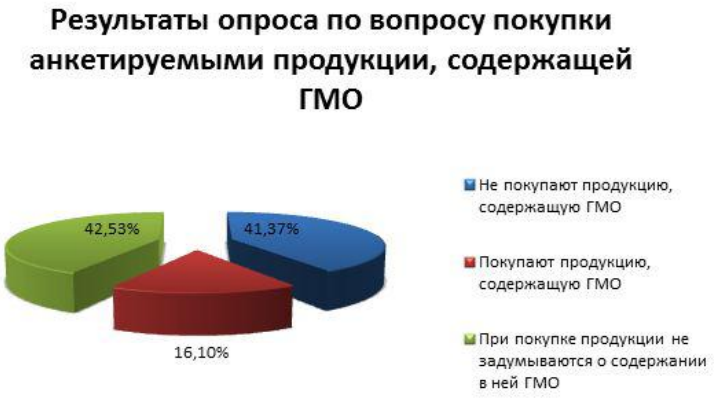
Заключение

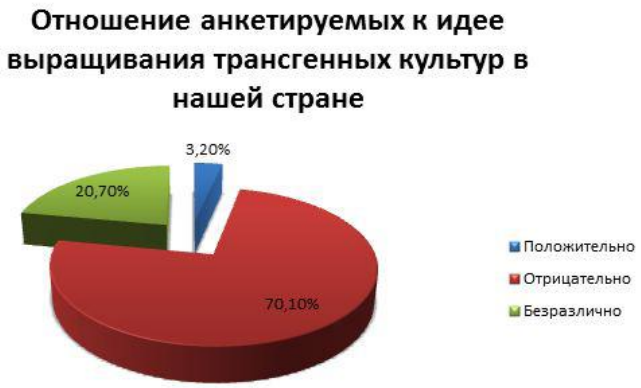
Генная инженерия становится неотъемлемой частью нашей жизни. Сегодня с применением методов генной инженерии выпускается около 25% всех лекарств в мире, некоторые генетически модифицированные микробы эффективно перерабатывают промышленные отходы, трансгенные животные используются в качестве биореакторов - продуцентов нужных белков. Возможная опасность ГМ-продуктов может проявиться, а может оказаться сильно преувеличенной. В любом случае, каждому следует

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

подумать о возможных непредсказуемых последствиях и определить для себя, что же, по его мнению, представляют из себя трансгенные культуры: шаг в пропасть или путь к изобилию.







Литература

1. Балиев А. Генетика спасет от голода. Но продлит ли она жизнь?//Молодая гвардия, 2001, №4, с.48-50.
2. Вельков В.В. Оценка риска при интродукции генетически модифицированных микроорганизмов в окружающую среду. Агрохимия, 2000, №8, с.76-86.
3. Вельков В.В., В биосферу – с чистой совестью. Россия должна срочно принять нормативные акты, регулирующие методы «выпуска на волю» генетически измененных организмов. Московские новости, 1993, №44 от 31 октября, с 12.
4. Власова З.А. Справочник по биологии.- М., 1998.
5. Дудов В.И., Голиков А.Г., Потехин О.Е., Красовский О.А., Правовые вопросы межграничного перемещения генетически измененных живых организмов. Биотехнология, 1999, №6, с.80-85.
6. Елдышев Ю.Н., Конов А.Л„ Экология и жизнь // Генетическая инженерия растений: 2001 год, №2, с. 66-70.
7. Конов А.Л., Экология и жизнь // Биотехнология и «горизонтальный» перенос генов: 2002 год, №2, с. 66-68.
8. Красовский О.А. Генетически модифицированная пища: Возможности и риски//Человек, 2002, №5, с.158-164.
9. Лебедев В. Миф о трансгенной угрозе. // Экология и жизнь, 2005, №5 с. 79-84
10. Материалы ISAAA (International Service for the Acquisition of Agri-biotech Applications), предоставленные организаторами третьей международной конференции «Биотехнология и Бизнес» (21-22 апреля 2003 г., г. Москва) – компаниями Abercade Consulting и «Биохиммаш», а так же данным компании MONSANTO.
11. Новикова Т.А. Биология в школе // Продукты питания, модифицированные методами генетической инженерии: №4, с. 9-15.
12. Рогачев В. Генетическая революция, первые шаги.//Эхо планеты, 2000, №28, с.6-9.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

13. Савин М. Биология, 2002, №44, с.7-8.
14. Свердлов Е. Что может генетическая инженерия.//Здоровье, 2002, №1, с.51-54.
15. Спирин А.С., Современная биология и биологическая безопасность. Вестник РАН, 1997, №7, с.579-588.
16. Статьи по проблеме трансгенности. URL: http://soyacenter/ru/transgen/html.
17. Трансгенные продукты: потребность и безопасность. Конвенция OECD, Эдинбург 28 февраля-1 марта 2000 г.
18. Чечилова С. Трансгенная пища.//Здоровье, 2000, №6, с.20-23.
19. Шварц Е.С. Генная инженерия – надежда на спасение или угроза гибели? URL: http://slon-party.ru/ideology/party_posit/ecology/gene-eng.html
20. Экология и жизнь // ГМО и биобезопасность: 2004 год, №3, с. 26.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Стоматология

ID: 2012-11-5-A-1720 Оригинальная статья

Кириллова Т.В.

Клинико-иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у больных с лимфомами

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Резюме

Заболевания пародонта у пациентов с лимфомой диагностируются в 100% случаев. Установлено, что активный воспалительный процесс в тканях пародонтального комплекса протекает на фоне выраженных нарушений в системе местного иммунитета полости рта. Данные нарушения характеризуются снижением содержания IgA, sIgA, лизоцима, увеличением концентраций IgM и IgG в ротовой жидкости. Полученное значение коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта позволяет говорить об ограничении компенсаторных возможностей в системе мукозального иммунитета.

Ключевые слова: лимфома, пародонтит, иммуноглобулины, лизоцим

Введение

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний пародонта обусловлена их широкой распространенностью, прогрессирующим течением с утратой функции зубочелюстной системы и потерей зубов [4]. Наличие у пациентов с пародонтитом сочетанной патологии, ослабляющей защитные силы организма создает условия для негативного воздействия на пародонт как со стороны имеющейся в полости рта микрофлоры, так и эндогенных пародонтопатогенных факторов [3]. К такой сочетанной патологии можно отнести гемобластозы, при которых изменения в полости рта встречаются наиболее часто [1]. Лимфомы представляют обширную группу заболеваний в структуре гемобластозов, которые отличаются по морфологическому строению, клиническим проявлениям, ответу на лечение и прогнозу [2]. При лимфомах различные патологические проявления обнаруживаются в полости рта, в том числе и в тканях пародонта [5]. Однако в доступной литературе вопрос клинических проявлений и механизмов формирования заболеваний пародонта у больных лимфомами освещен недостаточно.

Цель: определение клинико-иммунологических особенностей состояния пародонта у больных лимфомой до начала цитостатической терапии.

Материал и методы

Было обследовано 50 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил 41,1 года) с первично выявленным диагнозом лимфома, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении онкологического диспансера. У 24 пациентов был установлен диагноз лимфома Ходжкина, у 26 больных верифицирован диагноз В-крупноклеточная лимфома. Больные обследовались до начала цитостатического лечения. Проводилось определение следующих стоматологических показателей: ИГФВ - индекс гигиены (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Parma C., 1960); PI - пародонтальный индекс (Russell A.L., 1956); индекс кровоточивости (Muhleman H., Son S., 1971). С целью уточнения роли местного иммунитета в формировании патологических изменений в тканях пародонта у больных лимфомами были исследованы количественные показатели sIgA, IgA, IgG, IgM в нестимулированной слюне методом радикальной иммунодиффузии в геле G. Mancini, A. Carbonara (1965) с применением диагностических наборов РЕАФАРМ; активность лизоцима в ротовой жидкости определяли фотонефелометрическим методом В.Г. Дорофейчук (1968), функциональный критерий Ксб (коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета) по методике Н.И. Толмачевой (1987), в модификации Л.М. Лукиных (2001). Группу сравнения составили 20 человек примерно одинакового возраста с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), не имеющих соматической патологии.

Результаты

Воспалительные заболевания пародонта у пациентов с лимфомой определялись в 100% случаев, из которых 89,02% составляли ХГП и 10,98% случаев относились к гингивиту. Наиболее часто диагностировался ХГП различной степени тяжести, значительно реже выявлялся гингивит в катаральной и гипертрофической формах. До начала лечения у пациентов с лимфомой значения индексов были следующими. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной составлял 2,7±0,01 и был на 40% выше по сравнению с группой контроля ($p < 0,005$). Индекс ПМА был равен 41,5% и превышал показатели больных с ХГП без соматической патологии ($p < 0,01$). Пародонтальный индекс имел отличия от группы контроля и составлял 2,81±0,02. Индекс Мюллемана у пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями был более высоким и находился в интервале 1,67±0,27, тогда как у больных с ХГП без соматической патологии составлял 1,54±0,28. Индексные параметры у пациентов с ХГП, протекающем без признаков соматической патологии, имели следующие значения: индекс гигиены по Федорову-Володкиной составлял 1,6±0,02, индекс ПМА 33,1%, пародонтальный индекс 2,3±0,04 ($p<0,005$).В системе мукозального иммунитета до начала цитостатического лечения были выявлены следующие изменения. Так количество общего IgA было снижено по отношению к контролю до 0,022±0,005 г/л, но достоверно не отличалось ($p>0,5$), в группе контроля данный показатель составил 0,024±0,003 г/л. Аналогичная тенденция обнаружена в отношении содержания sIgA. Синтез секреторного IgA резко снижен до 0,29±0,018 г/л ($p<0,001$), группа контроля 0,42±0,098 г/л. Прямо противоположная динамика была получена при анализе данных IgG и IgM. Концентрация IgG резко возросла по сравнению с контролем до 0,089±0,025 г/л ($p<0,001$), контроль 0,041±0,004 г/л, синтез IgM также увеличился до 0,058±0,017 г/л ($p<0,005$), контроль 0,016±0,002 г/л. Одним из важных факторов неспецифических защиты слизистой оболочки полости рта является лизоцим. Количество лизоцима в ротовой жидкости у больных с лимфомами до проведения химиотерапиии

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

составляло 42,12±2,44%, что достоверно не отличалось от показателей в контрольной группе 46,89±4,74%. Коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (Ксб) является более информативным критерием, чем значение одиночных показателей защитных факторов (sIgA, IgA, IgG, Liz). До начала лечения у больных лимфомой значение Ксб составило 6,402±0,321 (p<0,001), показатель Ксб контрольной группы (2,429±0,597). Полученное значение Ксб у больных лимфомой позволяет говорить о нарушении компенсаторных механизмов в функционировании системы местного иммунитета полости рта.

Обсуждение

Высокая распространенность заболеваний пародонта у данной категории больных может быть обусловлена, с одной стороны, наличием слизисто-висцеральных связей, (следует учитывать также возможность воздействия на слизистую оболочку продуктов обмена, образующихся во внутренних органах), с другой стороны, лимфома как системное заболевание в определенной степени изменяет реактивность организма и способствует возникновению или прогрессированию заболеваний пародонта. Полученные данные индексальных параметров свидетельствуют о наличии активного воспалительного процесса в структурах пародонта. В системе мукозального иммунитета выявлен выраженный дисбаланс. Синтез секреторного IgA резко снижен, его пониженное количество связано с повышенным потреблением при формировании компенсаторно-защитных процессов в слизистой оболочке полости рта на фоне протекающего патологического процесса в организме. Снижение концентрации данного иммуноглобулина связано также с нарушением синтеза самих молекул sIgA в клеточных структурах тканей полости рта. Увеличение синтеза иммуноглобулинов IgM и IgG свидетельствует о наличии воспалительного и деструктивного процессов в тканях ротовой полости и пародонта. Являясь индикаторным иммуноглобулином воспалительной реакции, IgG увеличивается в тканях ротовой полости и такой внешнесекреторной жидкости как слюна при понижении образования и выделения на поверхность слизистой оболочки sIgA, что является характерным симптомом местного вторичного иммунодефицита. Сниженное количество лизоцима связано с его высоким потреблением, направленным на уничтожение и элиминацию микробной флоры, развивающейся в ротовой полости на фоне патологического процесса слизистой.

Заключение

Установленная выраженность клинических проявлений воспалительных заболеваний пародонта у больных лимфомой до начала цитостатического лечения, свидетельствует о наличии активного воспалительного процесса в тканях пародонтального комплекса. Иммунные нарушения при лимфомах на уровне местного иммунитета полости рта проявляются в целом повышением коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта и могут служить подтверждением теории о роли иммунологических механизмов в возникновении воспалительных заболеваний пародонта.

Литература

1. Агаджанян А.А. Стоматологическая помощь больным с гематологическими заболеваниями. / А.А Агаджанян, А.В. Алимский, Л.В. Серова// Стоматология. – 1998. - № с.42 – 48
2. Волкова М. А. Клиническая онкогематология. Руководство для врачей. – М. : Медицина, 2001.- 576 с.
3. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под общей редакцией профессора Ореховой Л.Ю./3 12 М: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
4. Островская Л.Ю. Клинико-диагностические критерии и оценка эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперсной кишки: Автореф. дис. …доктора. мед. наук. / Л.Ю. Островская - Волгоград, 2008. 37 с.
5. Петрова Т.Г. Особенности развития хронического воспалительного процесса в ротовой полости при лимфопролиферативных заболеваниях: Автореф. дис. …доктора. мед. наук. / Т.Г. Петрова - Новосибирск, 2009. 52с.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-5-A-1739 Оригинальная статья

Грачева Е.В., Гриценко Е.А.

Лечение кариеса озоном на начальных стадиях развития в молочных и постоянных зубах

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: кариес, зубы, методы лечения, озон

Введение

Выявление кариеса на самых ранних стадиях, когда еще нет дефекта эмали, а образовалось лишь пятно подповерхностной деминерализации - одна из главных задач детских стоматологов. С помощью аппарата HealOzone можно сохранить твердые ткани зуба при лечении раннего кариеса молочных зубов или «бутылочного» кариеса, начального фиссурного кариеса и кариеса гладких поверхностей в молочных и постоянных зубах. В настоящее время наряду с используемыми в стоматологии методиками это наиболее эффективный, безболезненный, безопасный, неивазивный метод, позволяющий провести лечение, не используя анестезию, не прибегая к препарированию твердых тканей зуба и не устанавливая пломбу при лечении начального кариеса.

Цель: Повысить эффективность лечения кариеса у детей.

Материал и методы

Озон - неустойчивое газообразное соединение, состоящее из трех кислородных атомов.

Образуется из молекулы кислорода путем воздействия на нее излучения (кислород распадается на два атома, которые взаимодействуют с молекулярным кислородом, образуя молекулу озона); разлагается на молекулярный и атомарный кислород. Молекула озона является более нестабильной по сравнению с молекулярным кислородом и, как следствие, легко вступает в реакции с другими элементами и обладает наибольшей окислительной активностью: [2; 6].

Данная особенность озона обуславливает его стерилизующую и антибактериальную способность. А именно освободившиеся высокоактивные кислородные радикалы окисляют ненасыщенные жирные кислоты и липиды в составе мембран патологических клеток и приводят к образованию пероксидов – веществ губительных для патогенных микроорганизмов. Таким образом, в процессе окислительных реакций разрушается клеточная мембрана и, соответственно, сама клетка.

Озон обладает антисептическим действием в отношении всех известных вирусов, бактерий, грибков, спор, цист, так как они имеют слабо устойчивую к действию окислителя клеточную мембрану и лишены защитного холестеринового слоя и клеточных энзимов, у них нет наследственной устойчивости к данному окислителю.

Озон обладает селективным действием в отношении патологически измененных клеток организма, но только при определенной заданной концентрации вещества и продолжительности его воздействия: [1; 5].

Исходя из вышеизложенного, на основе озона, немецкой фирмой KaVo разработан аппарат HealOzone, который можно применять для лечения кариеса (начального, поверхностного, среднего, глубокого), гиперчувствительности зубов, дезинфекции корневых каналов после их эндодонтической обработки, воспалительных поражений слизистой оболочки полости рта (герпес, стоматит).

Наиболее эффективен и часто применяем аппарат HealOzone для лечения кариеса. Так как он на 99,9% уничтожает все кариесогенные микроорганизмы, протеиновые структуры, которые противодействуют реминерализации, нейтрализует кислые продукты обмена веществ бактерий (молочная, пировиноградная кислоты), усиливает естественную минерализацию твердых тканей зуба за счет своего окисляющего потенциала с помощью содержащихся в слюне минералов кальция и фосфора, предотвращая рецидив кариеса: [3; 4].

Озон подается на пораженный зуб через мягкий силиконовый колпачок (в набор системы HealOzone входит по 50 одноразовых колпачков размерами от 3 до 8мм). Они ни звуком, ни видом не пугает маленького пациента. Гибкий прозрачный колпачок закрепляется на специальном наконечнике, в который по шлангу из аппарата подаются строго дозированные порции озона. Под колпачком создается давление ниже атмосферного, поэтому колпачок как бы присасывается к зубу, и возникает полная герметичность, позволяющая провести абсолютно безопасную обработку, исключая попадание озона в окружающие ткани и вдыхание газа пациентом. Всего за 20-30 секунд озон делает зуб практически стерильным, предотвращая разрушение эмали. В большинстве случаев достаточно выполнить процедуру один раз, а затем повторять каждые 6 месяцев.

После проведения процедуры в обязательном порядке проводят реминерализующую терапию твердых тканей зуба: смачивают обработанные поверхности восстанавливающей жидкостью HealOzone, усиливающей минерализацию и понижающей показатель pH, ее компоненты - ксилитол, бензоат натрия, фторид натрия, лимонная кислота, метил парабен, вода; рекомендуется применение набора HealOzone для пациента ежедневно в течение 4-6 недель, обеспечивающего надежное поступление реминерализирующих веществ на протяжении длительного времени за счет применения следующих средств: зубная паста (используется 2 раза в день), жидкость для полоскания рта (используется 2-3 раза в день после еды), спрей для полости рта (также 2-3 раза в день). Компоненты: высокая концентрация фторида натрия, фосфатов и кальция.

Принцип действия аппарата HealOzone:

1. Осушитель воздуха. Атмосферный воздух втягивается через воздухозаборник. Осушитель воздуха имеет автоматический датчик влаги, который сохраняет влажность на постоянном уровне, обеспечивая тем самым равномерную концентрацию озона в насадке.

2. Датчик дифференциального давления. Датчик, регулирующий утечку озона и активацию генератора озона. Создает давление в насадке ниже атмосферного давления.

3. Закрытый генератор озона. Данная система вырабатывает озон из кислорода. содержащегося в воздухе.

4. Наконечник.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

5. Ловушка влаги. Предотвращает просачивание влаги в озон-нейтрализатор. Так как в присутствие влаги молекула озона тяжело разрушается.

6. Озон нейтрализатор. Преобразует озон обратно в кислород в конце лечения и освобождает его в виде молекулярного кислорода обратно в воздух.

7. Вакуумный насос (предотвращает утечку озона из системы).

Концентрация озона в воде при лечении кариеса в колпачке наконечника составляет 2100 частей на миллион по курсу 100 раз в секунду. Но также ее можно регулировать от 10 до 100 микрограмм на 1 миллилитр воды, в зависимости от потребностей в той или иной стоматологической процедуре.

Преимущества лечения кариеса у детей озоном с помощью аппарата HealOzone.

На озон нет аллергической реакции. Не раздражает слизистую оболочку полости рта. Не изменяет цвет зуба. Способствует минерализации твердых тканей зуба. Реакция озона происходит в 3500 раз быстрее, чем реакция жидких соединений. Лечение занимает гораздо меньше времени, чем другими методами. Отсутствие токсинов после обработки, и исключено образование канцерогенных веществ как, например, синтез диоксина при хлорировании. Молекула озона имеет незначительный размер, поэтому быстро проникает в инфицированную ткань зуба, что обеспечивает полную стерилизацию и положительный результат при лечении кариеса и не требует специальных навыков в применении[1].

На сегодняшний день в стоматологии для лечения начального кариеса применяются современные методики реминерализующей терапии, озонотерапия, Icon — материал для инфильтрации кариеса, способный проникать в ткани зуба и блокировать пути диффузии кариесогенных кислот с помощью действия капиллярных сил, предотвращая раннее развитие и распространение кариеса. Был проведен сравнительный анализ между методиками лечения начального кариеса с помощью системы HealOzone, Icon и препаратами серебра.

Результаты

В ходе исследования были выбраны такие критерии оценки вышеуказанных методик, как действие на твердые ткани зуба, мягкие ткани и микрофлору полости рта, эстетические свойства, побочные действия, область применения, длительность, кратность и стоимость процедуры, количество посещений. Изучив и сравнив данные методики, были получены следующие результаты: озон усиливает естественную минерализацию и стерилизует твердые ткани зуба, препараты серебра обладают укрепляющим действием, что нельзя сказать про материал Icon, так как здесь используется протравливающий эмаль гель. Для применения в полости рта двух последних методик необходима изоляция мягких тканей полости рта для избежания ожога слизистой, при работе с аппаратом HealOzone не требуется дополнительных навыков. Озон и препараты серебра оказывают пролонгированное антибактериальное действие в отличие от системы Icon. По эстетическим свойствам HealOzone, не изменяющий цвет зуба, превосходит препараты серебра, вызывающие пигментацию, и материал Icon. В связи с вышеизложенным, препараты серебра применяются для лечения начального кариеса в молочных зубах, Icon - в постоянных, озон как в молочных, так и в постоянных зубах. Озон и Icon не обладают побочным действием, в отличие от препаратов серебра, вызывающих повышенную чувствительность твердых тканей зуба. Для лечения кариеса с использованием аппарата HealOzone достаточно 20-30 сек воздействия на зуб с кратностью один раз в полгода; импрегнация твердых тканей зуба препаратами серебра составляет 2 минуты, количество посещений 3 дня с кратностью один раз в полгода; длительность применение материала Icon варьирует от 15 до 30 мин на один зуб.

Обсуждение

Методика лечения кариеса озоном отвечает современным требованиям предъявляемым к лечению кариеса молочных и постоянных зубов на начальном этапе развития заболевания. Обеспечивает качественную обработку кариозного очага, продлевает срок жизни зуба, отдаляет пломбирование, сокращает время приема и неприятные ощущения пациентов, упрощает адаптацию маленьких пациентов к стоматологическому приему.

Заключение

Из вышеизложенного можно сделать заключение, что профилактика и лечение кариеса с помощью системы HealOzone показаны для каждого пациента. Применение озона для лечения начального кариеса - эффективный, безопасный и безболезненный метод, что повышает его востребованность на детском стоматологическом приеме.

Литература

1. Безрукова, И.В. Использование медицинского озона / И.В.Безрукова, А.И.Грудянов // Стоматология. - 2001. - №2. - С. 61-63.
2. Вендилло, В.П. Лабораторная установка для получения озона / В.П.Вендилло, М.М.Емельянов // Заводская лаборатория. - 1959. - №25. - С. 1401.
3. Грошиков, М.И. Профилактика кариеса зубов путем запечатывания фиссур / М.И.Грошиков, О.П.Дашкова, О.Б.Киреева // Стоматология. - 1982. - №6. - С. 60-62.
4. Иванова, Г.Г. Клинические методы определения резистентности зубов к кариесу / Г.Г.Иванова, В.К.Леонтьев, Т.Н.Жорова // Институт стоматологии. - 1998. - №3. - С. 32-37.
5. Кошелева, И.В. Кислородно-озоновая терапия / И.В.Кошелева, П.Н.Морозов, Л.М.Смирнов // Врач. - 2005. - №3. - С. 47-50.
6. Филиппов, Ю.В. Озонный щит земли / Ю.В.Филлипов, В.А.Вобликова // Знание. - 1980. - №8. - С. 64.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-5-T-1742 Тезис

Бахтеева Г.Р., Кузьмин А.С.

Статистическое исследование травм челюстно-лицевой области

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Целью данной работы является статистическое изучение травм челюстно-лицевой области.

Мы проанализировали 553 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГКБ №9 г. Саратова за период с 1.01.2012 по 1.04.2012 года. Травматические повреждения челюстно-лицевой области наблюдались у 45 % (248 больных). Соотношение мужчин и женщин составило 7:1, средний возраст больных составил 32 года.

Виды переломов костей лица:

1. Верхняя челюсть - 3% (7)
2. Нижняя челюсть - 92% (193)
3. Скуловая кость - 15% (31)
4. Кости носа - 2% (5)

Локализация переломов нижней челюсти:

1. в подбородочной области – 102 (53%)
2. в области угла нижней челюсти – 95 (49%)
3. в области мыщелкового отростка – 65 (34%)
4. в области тела нижней челюсти – 25 (13%)
5. в области ветви нижней челюсти – 9 (5%)

При клинико-рентгенологическом обследовании выявлено, что одиночные переломы нижней челюсти наблюдались у 94 (49%) больных, двойные и двусторонние - 94 (49%) больных, тройные – 4 (1.5%) больных, множественные переломы - 1 (0.5%).

Локализация переломов верхней челюсти:

1. Лефор I – 1 (14%)
2. Лефор II – 3(44%)
3. Лефор III – 1(14%)
4. перелом альвеолярного отростка верхней челюсти – 2(28%).

Хирургический способ иммобилизации отломков челюстей применялся в 39% случаев, в19% случаев пациенты с травмой челюстно-лицевой области поступали в состоянии алкогольного опьянения. В 15% переломы костей лица сочетались с повреждениями других локализаций, в 14% случаев – с черепно-мозговой травмой.

Проанализировав эти данные, можно сделать следующие выводы:

1. Травмы челюстно-лицевой области составляют весомую часть от общего количества пациентов (45%), хирургического стационара.
2. Травмы челюстно-лицевой области чаще получают мужчины (7:1), процент поступивших в состоянии алкогольного опьянения составил – 19%.
3. Черепно-мозговая травма на момент поступления была диагностирована в 14% процентах случаев.
4. Наиболее частая локализация переломов – нижняя челюсть, а именно – подбородочная область (53%), область угла нижней челюсти (49%) и область мышелкового отростка (34%).
5. Наиболее частый характер переломов верхней челюсти – перелом на субназальном уровне (44%).
6. Нижняя челюсть чаще повреждается в 2-х местах (49%), и в 1-м (49%).
7. Высока потребность в проведении остеосинтеза (41%).

Ключевые слова: стоматология, статистика, хирургия, травма

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-5-T-1747 Тезис

Кленкова М.И., Винник Е.В.

Реабилитация пациентов на период ортопедического лечения при полном отсутствии коронковой части передней группы зубов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии

Неожиданно возникший дефект в переднем отделе зубного ряда сопровождается нарушением звукопроизношения, возникновением эстетического дискомфорта и эмоционального напряжения, в результате нарушается привычный образ жизни пациента. Возникает непосредственная необходимость восстановления целостности коронки зуба до фиксации постоянной штифтовой конструкции.

Цель исследования: оценка эффективности использования временных штифтовых конструкций и коронок из быстротвердеющей пластмассы TEMPRON на период ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием коронковой части зуба.

Материалы и методы: Обследовано и проведено ортопедическое лечение 28 пациентов, с полным разрушением коронковой части зуба. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 18 обследуемых, которым на этапах ортопедического лечения были изготовлены временные конструкции. Вторую - 10 человек, им временные конструкции не изготавливались. Для оценки проведенного ортопедического лечения, пациент оценивал свое состояние по ряду критериев: эстетика, комфорт, жевательная функция и речь.

Результаты: Анализ результатов показал, что временные штифтовые конструкции из быстротвердеющей пластмассы TEMPRON позволяют полноценно восстановить целостность коронковой части зуба уже после этапа одонтопрепарирования культи зуба под штифтовую конструкцию, при этом сохраняя или восстанавливая речь, обеспечивая стабильность десневого края и осуществление умеренной жевательной нагрузки на период лечения. Проводя оценку удовлетворенности пациентов лечением, с учетом всех рассматриваемых параметров, результаты показали, что обследуемые 1-ой группы в большей степени удовлетворены проведенным лечением, чем 2-ой группы.

Выводы: Временная реабилитация пациентов штифтовыми конструкциями, при полном отсутствии коронковой части зуба, является неотъемлемой частью непрерывного ортопедического лечения, позволяющая исключить эстетический недостаток, сохранить речь и умеренную жевательную нагрузку и повысить уровень удовлетворенности проведенным ортопедическим лечением.

Ключевые слова: короноковая часть, передняя группа зубов

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-5-A-1749 Оригинальная статья

Илюхина М.О., Бизяев А.А., Коннов В.В., Масленников Д.Н., Прошин А.Г.

Гигиенический статус пациентов, пользующихся зубными протезами с акриловыми и титановыми базисами

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: гигиена, съемный протез, титановый базис

Введение

Одним из существенных недостатков съемных протезов из акрилатов является микропористость базиса, возникающая в процессе полимеризации. Микрофлора в порах вызывает нарушение микробиологического равновесия тканей полости рта. В клинике в области протезного ложа часто приходится видеть воспаление СО, получившего название «акрилового стоматита». Основной причиной этих нарушений является невозможность полной полимеризации мономера [5]. Исследования J.F. Roulet [6] показали, что такие особенности внутренней поверхности имеются у 74% базисов съемных протезов. Даже при соблюдении полной технологии изготовления съемных протезов из акриловой пластмассы на основе полиметилметакрилата в базисе протеза остается до 0,5% остаточного мономера. А при нарушениях режима полимеризации в базисе протеза может оставаться от 3,5% до 8% свободного мономера. При этом он выделяется из протеза в течении 5 лет, и может вызывать аллергические реакции локального и общего характера.

Первое упоминание о съемном протезе с металлическим базисом принадлежит Heister (1718 год), предложившему изготовление протезов из железа. В 1757 году Bouster описал золотые базисы, которые покрывали эмалью телесного цвета. С тех пор эти конструкции прошли сложный путь развития, от вулканизированного каучука до внедрения акриловых пластмасс. Однако недостатки протезов из этих материалов вновь заставляли врачей возвращаться к металлам. Сложность технологии и ее несовершенство не способствовали широкому распространению протезов с металлическими базисами.

В настоящее время в связи с развитием точного литья, цельнолитые металлические базисы получили широкое распространение. Но металлический базис не заменил пластмассовых протезов. К его применению имеются свои показания.

К показаниям для изготовления литого металлического базиса относятся:

1) Идиосинкразия или аллергия к акрилатам, проявляющаяся, как правило в виде контактных акриловых стоматитов.
2) Нарушение терморегуляции тканей протезного ложа при использовании пластмассовых базисов.
3) Уменьшение свободного пространства в полости рта (особенно при макроглоссии и сужении зубных рядов)
4) Частые поломки базисов из пластмассы при бруксизме, невралгии тройничного нерва.
5) Замещение множественных включенных дефектов зубных рядов небольшой протяженности.
6) Недостаток места для базиса протеза из-за супраокклюзии нижних передних зубов, глубокого прикуса.
7) Уменьшение межальвеолярной высоты при компенсированных формах патологической стираемости твердых тканей зубов [3,4].

Перечисленные явления устраняются при замене пластмассового базиса литым металлическим толщиной 0,3 – 0,6 мм. Оптимальным материалом для этого является титан [2]. Базис из титана имеет меньшую массу, высокую коррозионную стойкость, биологическую индифирентность и биосовместимость. Он теплопроводен, а поэтому почти не изменяет температуру слизистой оболочки, прочен, а также, точно воспроизводит рельеф протезного ложа. У пациентов, пользующихся съемными протезами с литыми титановыми базисами, отмечено снижение или отсутствие электрических потенциалов в полости рта [1].

Цель: определение различия в гигиеническом статусе пациентов пользующихся зубными протезами с акриловыми и титановыми базисими. клинической эффективности ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов полными съемными протезами с литыми базисами из титана.

Материал и методы

Мы провели наблюдение за двумя группами пациентов. Пациентам 1-й группы (16 человек) были изготовлены съемные зубные протезы с базисами из акриловой пластмассы, 2-й группе (18 человек) – протезы с литыми базисами из титана. Пациенты в обеих группах имели полное отсутствие зубов на верхней челюсти с равномерной умеренной атрофией альвеолярного отростка. Все пациенты ранее уже пользовались полными съемными протезами, и повторное протезирование проводилось в связи с неоднократными поломками протезов, жжением в полости рта. По полу, возрасту, причинам повторного протезирования, общесоматической патологии пациенты были распределены по группам в равных пропорциях.

Результаты

Нами установлено, что протезы с литыми базисами из титана более легкие, прочные, не вызывают жжения в полости рта, требуют меньшего числа коррекций. Большинство пациентов, ранее имевших съемные пластиночные протезы из акриловой пластмассы, отмечали улучшение качества фиксации протеза с литым базисом из титана, комфорт во время приема пищи и разговора, высокую гигиеничность протезов.

Так же, пациентам обоих групп осуществляли контроль за уровнем гигиены. Оценка гигиенического статуса проводилась по методике E. Ambjornsen. Протезный налет исследовался в 5 участках базиса протеза и оценивался по 4-х балльной системе в каждом участке: 0 – при поскабливании острым инструментом по базису протеза нет видимого налета; 1 – налет виден только на инструменте, которым проводили соскабливание участков базиса; 2 – в оцениваемых участках есть видимый налет; 3 – имеется обилие видимого налета в исследуемых участках. При оценке результата баллы во всех секторах суммировались. При сумме баллов равной 0 – хороший уровень гигиены, от 1 до 3 свидетельствовала о малом количестве протезного налета – уровень

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

гигиены удовлетворительный, а 4 и выше – говорит о выраженном количестве протезного налета и неудовлетворительным уровнем гигиены.

В результате оценки гигиенического статуса получены следующие результаты, в первой группе пациентов: 0 баллов у 26,3% пациентов; 1-3 балла у 44,4%; 4 балла и выше у 29,3%. Во второй группе: 0 баллов у 72,2%; 1-3 балла у 15,7%; 4 балла и выше 12,1%. Различие результатов исследований в первой и второй группах статистически достоверно ($p<0,01$).

Обсуждение

Результаты нашего клинического наблюдения убедительно показывает высокую функциональную и гигиеническую эффективность применения полных съемных протезов с литыми базисами из титана.

Заключение

Таким образом, суммарный средний показатель уровня гигиены у пациентов пользующихся протезами с пластмассовыми акриловыми базисами был значительно выше, чем у пациентов с протезами с литыми базисами из титана, кроме того, процессы самоочищения СОПЛ идут более интенсивно при использовании металлических базисов. Это объясняется тем, что обработанная до «зеркального блеска» поверхность литого базиса позволяет пациенту более тщательно контролировать степень очистки поверхности протеза.

Литература

1. Павленко В. М., Клемин В.А., Тимченко А.А. Характеристика электрических величин между металлическими частями зубных протезов у больных, пользующихся пластиночными протезами // Стоматология. – 1990г. № 3. С 61.
2. Рогожников Г. И., Сочнев В. Л., Оленев Л. М. Титановые базисы зубных протезов. – Пермь, 1994г. С. 205.
3. Гаврилов Е.И., Трезубов А.С., Щербаков А.С., Показания к применению съемных протезов с литыми металлическими базисами Стоматология – 1981г. № 5. С.61-63.
4. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учебник для медицинских вузов. / Под ред. заслуженного деятеля науки РФ проф. В.Н. Трезубова. – 7-е изд., перераб. и доп. – СПб: Фолиант, 2006. – 592 с.
5. Штейнгарт М.З., Трезубов В.Н., Макаров К.А. Зубное протезирование: Рук–во по стоматологическому материаловедению. – М., 1996 – 162 с.
6. Roulet J.– F. Degradation of Dental Polimers. – Karger, 1987. – 230 p.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-5-A-1754 Оригинальная статья

Егорова А.В., Бекирова Ф.М., Ларькина Е.А., Дудкина О.А.

Ортодонтическая коррекция зубочелюстных аномалий у пациентов с общесоматической патологией (пангипопитуитаризмом)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Резюме

Лечение пациентов с сочетанной патологией предполагает участие нескольких специалистов. В частности больные пангипопитуитаризмом должны наблюдаться одновременно врачом-эндокринологом, педиатром и ортодонтом. При составлении плана лечения необходимо учитывать особенности течения данного заболевания. Пациентам, находящимся на лечении заместительной гормонотерапией, коррекцию зубочелюстных аномалий лучше проводить аппаратами функционального действия.

Ключевые слова: пангипопитуитаризм, дистальный прикус, ортодонтия, функциональный аппарат

Пангипопитуитаризм - это патологическое состояние, развивающееся в результате поражения гипофиза и ядер гипоталамуса; сопровождающееся снижением продукции гипоталамических нейрогормонов, тропных гормонов гипофиза и пролактина.

Клиническая картина определяется снижением функции гипофиза с последующим развитием симптомов гипотиреоза, гипокортицизма и гипогонадизма. В костной ткани наблюдаются атрофические процессы с декальцинацией и остеопорозом. На фоне резкого отставания в росте, задержки созревания костей, у ребенка сохраняются нормальные пропорции тела. Половое развитие резко задержано, костный возраст, как правило, составляет 1/2 паспортного, «зоны роста» у таких больных сохраняются открытыми даже во взрослом состоянии. Возможно резкое снижение веса, исчезновение подкожно-жировой клетчатки, атрофия мышц, преждевременное старение. При внешнем осмотре у больных отмечается одутловатое лицо, язык утолщен, на его боковых поверхностях видны отпечатки зубов, голос сиплый и низкий в результате отека голосовых связок, отмечается дизартрия. Нижняя челюсть атрофируется, разрушаются и выпадают зубы. Кожа сухая, атрофичная, с землистым оттенком, тургор снижен. Волосы ломкие, тусклые. Гипокортицизмом объясняют диспепсию, атонию желудочно-кишечного тракта, уменьшение секреции пищеварительных желез, атрофические процессы в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта.

На кафедру стоматологии детского возраста и ортодонтии обратился за помощью пациент Д., 11 лет с жалобами на косметический недостаток, дизокклюзию во фронтальном отделе. Из анамнеза выяснено, что в 2009 году на кафедре пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии СГМУ им В.И. Разумовского был поставлен диагноз пангипопитуитаризм, соматотропная недостаточность, вторичный гипотиреоз. На основании диагноза была назначена заместительная гормонотерапия (тиреоидные гормоны, тропные гормоны). При внешнем осмотре кожа бледная, сухая, чистая. Тургор снижен. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Волосы русого цвета, густые, на вид блестящие. Подкожно-жировая клетчатка не выражена. Форма пальцев и ногтей на руках и ногах не изменена, пальцы бледного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Развитие мышц удовлетворительное, тонус не изменён, при пальпации мышцы безболезненны. Ломкость и исчерченность ногтей отсутствуют. Подвижность в суставах в полном физиологическом объеме, болезненности нет. Рост 137см. Вес 37кг. При осмотре лица выявлено, что профиль пациента выпуклый, подбородок скошен кзади, губы не смыкаются. Патологии в области височно-нижнечелюстного сустава не выявлено. У пациента имеются нарушение речи, связанные с нарушением произношения шипящих и свистящих звуков. Инфантильный тип глотания. В полости рта первые постоянные моляры смыкаются по II классу Энгля, сагиттальная щель – 6 мм. Незначительная скученность и протрузия верхних фронтальных зубов. По данным рентгенограммы кистей рук в прямой проекции от 16.12.10 года: количество костей запястья – справа 8, слева 7. Справа гороховидная кость диаметром 1,5 мм, слева – шиловидный отросток локтевой кости 0,2х0,1см. По средним срокам окостенения костный возраст соответствует 10,5 годам. Умеренный остеопороз костей кисти, эпифизов костей предплечья.

По данным ОПТГ от 02.03.11 имеются зачатки всех постоянных зубов, периапикальных изменений не выявлено. По данным ТРГ от 02.03.11 установлено: ретроположение нижней челюсти, ретроинклинация верхней челюсти; наличие сагиттальной щели между апикальными базисами челюстей; вертикальный тип роста; протрузия резцов верхней и нижней. Уменьшение размера нижней челюсти. Остальные показатели соответствуют норме.

На основании данных опроса, анамнеза, осмотра и дополнительных методов обследования (рентгенограммы кистей рук в прямой проекции, ТРГ в боковой проекции, ОПТГ, анализ контрольно-диагностических моделей) был поставлен диагноз: зубочелюстная аномалия II класса I подкласса по Энглю. Пациенту и его родителям было предложено лечение аппаратом функционального действия (регулятор функции Френкеля I типа). Данный аппарат поможет нормализовать рост и формирование зубочелюстной системы, устранить вредную привычку неправильного глотания, а за счет губных пилотов будет стимулировать рост нижней челюсти.

Исходя из вышеизложенного следует сделать вывод, что для эффективного осуществления мероприятий, направленных на выявление, профилактику и лечение пациентов с общесоматической патологией необходима координация работы врача-эндокринолога, педиатра и ортодонта. При составлении плана лечения нужно учитывать особенности течения данного заболевания. Пациентам, находящимся на лечении заместительной гормонотерапией, коррекцию зубочелюстных аномалий лучше проводить аппаратами функционального действия.

Литература

1. URL: http://www.medikk.ru/pangipopituitarizm.htm
2. URL: http://www.nnre.ru/medicina/yendokrinologija_konspekt_lekcii/p20.php
3. URL: http://intcav.com/panhypopit

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Рисунок 1. Прикус пациента в прямой проекции

Рисунок 2. Прикус пациента в боковой проекции

Рисунок 3. Телерентгенограмма пациента

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-5-R-1779 Обзор

Неловко Т.В., Мехтиева Р.Р.

Методология герметизации фиссур зубов и сравнительная характеристика современных материалов для герметизации

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

Резюме

Фиссуры – это особые естественные бороздки и канавки, расположенные на зубной эмали жевательной поверхности зубов между жевательными буграми. Метод герметизации заключается в обтурации фиссур и других анатомических углублений здоровых зубов адгезивными материалами с целью создания барьера для внешних кариесогенных факторов.

Ключевые слова: герметизация фиссур, профилактика кариеса, композиционные материалы

Функции герметизации фиссур: создает барьер для кариесогенных бактерий; оказывает реминерализующее действие на эмаль, если в состав герметика входят активные ионы фтора.

Четыре типа строения фиссур**:** *Воронкообразные фиссуры* – более открытые, хорошо минерализованы, в них не задерживаются пищевые остатки за счет свободного омывания ротовой жидкостью, являются кариесрезистентными. *Конусообразные* – в основном минерализуются за счет ротовой жидкости, но появляются условия для задержки пищевых остатков и микроорганизмов. Минерализация *каплеобразных* и *полипообразных* фиссур происходит в основном со стороны пульпы зуба. Этот процесс идет менее интенсивно, чем минерализация за счет ротовой жидкости, и фиссуры длительно остаются гипоминерализованными. Учитывая высокую кариесрезистентность твердых тканей, в зубах с высоким исходным уровнем минерализации (ИУМ) фиссур герметизацию не рекомендуют. Достаточно проведения общих гигиенических мероприятий. Для зубов со средним ИУМ – сразу после прорезывания рекомендуется провести месячный курс местного применения кальций - фосфатсодержащих и фторсодержащих препаратов с последующей герметизацией композитным герметиком. Для зубов с низким ИУМ фиссур не рекомендуется применять композитные герметики с использованием в качестве протравливающего агента 38% ортофосфорной кислоты. В данном случае применяют стеклоиономерные герметики, либо – инвазивную герметизацию с композитным герметиком, либо по показаниям – метод профилактического пломбирования. Наличие пигментированных фиссур и естественных углублений в зубах на стадии созревания, в отличие от зубов со зрелой эмалью указывает на активно протекающий процесс и требует инвазивных методов герметизации.

Начальный кариес является показанием к инвазивной герметизации композитными герметиками.

Противопоказания к герметизации: наличие интактных широких, хорошо сообщающихся фиссур; зубы со здоровыми ямками и фиссурами, но имеющие кариозные поражения на апроксимальных поверхностях; ямки и фиссуры, сохраняющиеся здоровыми в течение 4-х и более лет, не требуют запечатывания; плохая гигиена полости рта.

Показания к герметизации и профилактическим процедурам для фиссур прорезывавшихся зубов с незрелой эмалью на основании показателей электрометрии эмали фиссур (мкА): Низкий ИУМ (до 8 мкА) - гигиенические мероприятия, наблюдение; средний ИУМ (от 9 до 20 мкА) - гигиенические мероприятия, курс фторид- и кальцийфостфатсодержащих препаратов, герметизация фиссур; высокий ИУМ (до 20 мкА) - гигиенические мероприятия, курс фторид- и кальцийфостфатсодержащих препаратов, расширение фиссур, профилактическое пломбирование.

Для фиссур после созревания эмали: 0 мкА, здоровая эмаль - гигиенические мероприятия, наблюдение 1-2 мкА, начальный кариес - гигиенические мероприятия, курс фторид- и кальцийфостфатсодержащих препаратов, герметизация фиссур; до 8 мкА, прогрессирующий начальный или поверхностный кариес - гигиенические мероприятия, курс фторид- и кальцийфостфатсодержащих препаратов, расширение фиссур, профилактическое пломбирование.

Указанный комплексный подход учтен ведущими мировыми производителями средств профилактики. Компания VOCO (Германия, г. Куксхафен) выпускает фторидсодержащий ополаскиватель "Профлюорид М", гель для аппликаций "Профлюорид Желе", двухкомпонентный самоотверждающийся многоцелевой фторидсодержащий лак "Бифлюорид 12", серию герметиков "Фиссурит" и уникальный высоконаполненный герметик на основе ормокера "Адмира Сил".

Высокая эффективность (профилактический эффект герметизации фиссур) оценивается разными авторами от 55% (Going, Coti, Hough, 1976) до 99, 1% (Buonocore 1974) и небольшая стоимость метода герметизации фиссур в сочетании с общей комплексной профилактикой стоматологических заболеваний позволит значительно снизить прирост кариеса зубов в области фиссур и ямок.

Сейчас в целях герметизации слепых ямок и фиссур зубов применяются герметики, относящиеся к трем классам материалов: композиционные химио- и фотоотверждаемые материалы, стеклоиономерные цементы и компомеры.

Используемый для герметизации фиссур материал (силант), как правило, представляет собой специальные композитные смолы, которые отверждаются химически или с помощью света. Благодаря своей высокой текучести, ненаполненые силанты легко проникают даже в очень узкие и глубокие фиссуры до самого их дна, выравнивая жевательную поверхность зуба и облегчая ее гигиену. Они имеют лучшую краевую адаптацию, более долговременную ретенцию, быстрее истираются и изнашиваются. У наполненных силантов глубина проникновения меньше, площадь микромеханического сцепления меньше, меньше сроки ретенции, но более устойчивы к истиранию. Они используются для технологии инвазивной герметизации, но их технологический процесс применения сравнительно сложен, длителен и чувствителен к влаге. Герметики не оказывают отрицательного влияния на нормальные процесс минерализации эмали. Минеральные элементы из ротовой жидкости могут свободно диффундировать по краю и частично через само вещество покрытия. Это позволяет обеспечить физиологический уровень обменных процессов в твердых тканях зуба под покрытием, одновременно препятствуя проникновению крупных белковых молекул. Материал влагонепроницаем и очень прочен, что позволяет надолго (до 5-8 лет) защитить зубы от фиссурного кариеса. Кроме того, силант способствует насыщению эмали зубов и околозубной среды фтором в реакции ионного обмена за счет добавленной в состав растворимой соли (фторидов) в течение 1-28 сут.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Виды композитных герметиков**:** 1) Самополимеризующиеся или химиотверждаемые «Concise White Sealant» (3M, USA), «Delton» (Johnson and Johnson), «Дельтон», «Фис Сил» (Россия); 2) Фотополимеризуемые «Estisial LC» (Kulrer), «Sealant» (Bisco), «Fissurit», «Fissurit F» (Voco), «Дельтон-С», «Фис Сил-С» (Россия), Helioseal, Prisma Sheild.1. Опаковые (не прозрачные) – просто контролировать, но не имитируют цвет зуба и невозможно проводить наблюдение за состоянием эмали под ними; 2. Прозрачные – эстетичны, позволяют проводить наблюдение за состоянием эмали под ними, но плохо различимы при контроле сохранности; а) Окрашенные (хамелеоны) имеют яркую окраску только в момент полимеризации, а после соответствуют натуральному тону зуба или прозрачны «ClinPro Sealant» (3M ESPE, USA), «Helioseal Cler Chroma» (Ivoclar Vivadent); б) Не окрашенные. А. Содержащие фтор (Fissurit); Б. Не содержащие фтора (Fissurit F).

Третье поколение КПМ – материалы, твердеющие под воздействием видимого света с длиной волны от 430 до 490 нм («Fissurit», «Helioseal», «Estisial LC»), однокомпонентны, рабочее время длительное, полнота полимеризации определяется эскспозицией света, риск разрушения при проверке отверждения минимален. Эти материалы созданы на основе производных метакриловой кислоты низкой вязкости. В качестве наполнителя в препаратах используется боросиликатное стекло с размером 99% частиц менее 1 мкм, что обеспечивает хорошие проникающие свойства. При этом высвобождение фтора из Фиссурит Ф и поступление его в эмаль продолжается более 190 дней, Фиссурит Ф отдает в течение этого периода 4-5 мг фтора на укрепление эмали дентина.

Еще один препарат фирмы VOCO (Германия, г. Куксхафен) с фтором светоотверждаемый герметик "Адмира Сил" содержит пространственно неорганически - органические кополимеры (ормокеры), обеспечивающие отличные механические свойства и идеальную биосовместимость (отсутствие токсичной смолы).

Процедура запечатывания фиссур начинается с тщательной очистки зуба от налёта щёткой и пастой, а затем высушивают воздухом. Далее фиссуры обрабатывают 32% ортофосфорной кислотой для травления (процесс, при котором под действием кислоты разрушается ядро или оболочка эмалевых призм) в течение 30-40 секунд, промывают дистиллированной водой и вновь высушивают. Затем их заполняют жидкой фазой композитного пломбировочного материала. Под действием специальной лампы происходит отвердение материала через 40-45 секунд, после чего твёрдой карборундовой головкой устраняют избыток и пришлифовывают материал на жевательной поверхности.

Профилактическая эффективность материалов определяется степенью их сохранности в фиссурах и ретенция этого класса герметиков колеблется от 20 до 90% и зависит от точности выполнения технологии герметизации.

Стеклоиономерные цементы – Dyract seal (Dentsply), Prima flou (DG), Витакрил (Медполимер), ASPA (Dentsply), Fuji (WHS), Glass Ionomer (Shofu Inc.), Alfa-dent, Aqua Ionoseal (Voco) обладают кариесстатическим действием, благодаря содержащимся F, Al, Zn, Ca, за счет выделения фтора эти материалы обладают выраженным кариесстатическим эффектом. СИЦ химически фиксируются на поверхности зуба, не требуют протравливания эмали перед процедурой, имеют высокую биосовместимость, меньшую, чем КПМ требовательность к высушиванию рабочего поля, но имеют ряд технологических неудобств (необходимость замешивания, трудность размещения, небольшое рабочее время, длительное отверждение), низкие эстетические свойства, низкую текучесть, большую краевую течь, недостаточно прочны, по сравнению с композитами, и быстро истираются. В целях герметизации можно использовать стеклоиономерные цементы второго типа (предназначенные для пломбирования зубов) для нагруженных реставраций. Некоторые исследования доказывают, что применение стеклоиономерных материалов в качестве герметиков фиссур может быть целесообразно в только что прорезавшихся зубах при чрезвычайно низкой минерализации фиссур. Трудность в таких случаях связана с необходимостью более длительного протравливания эмали с последующим применением композитных герметиков. При необходимости проведения профилактического пломбирования (когда при исследовании фиссуры кончик зонда застревает в ней) предлагается конденсируемый высокоэстетический стеклоиономерный цемент - "VOCO Ионофил Моляр" - отличается тремя прекрасными свойствами. Они просты в применении и менее чувствительны к технике исполнения, что позволяет пользоваться ими без протравливания и использования адгезива. Не содержащие пластмасс классические стеклоиономеры имеют коэффициент термического расширения, подобно дентину, кроме того, они обладают так называемым "батарейным" эффектом постоянного выделения значительного количества активных фторидов. Сохранность СИЦ через 1, 6, 12, 24 мес. составляет соответственно 90, 80, 60 и 20% соответственно, спустя 3 года – 10% (композитного силанта - 90%), но, тем не менее, СИЦ обеспечивают высокий уровень редукции кариеса окклюзионных поверхностей -80-90% за 2 года, зубы, даже после макроскопической утраты материала, имеют вдвое меньший риск кариеса, чем не покрытые СИЦ зубы.

Компомеры - светоотвердевающие композиционные материалы, которые в силу своего состава обладают некоторыми свойствами стеклоиономерных цементов, а именно - несколько большей, чем у композитов, гидрофильностью, текучестью и способностью в незначительном количестве выделять фтор при контакте с ротовой жидкостью. Компомерным герметиком является материал Dyrect Seal (Dentsply). Он применяется с несмываемым кондиционером NRC (Non-Rise Conditioner) и адгезивной системой пятого поколения Prime&Bond NT, что обеспечивает более глубокое запечатывание фиссур полимером. Кондиционер NRC одновременно частично растворяет минеральные компоненты и праймирует ткани зуба, поверх него наносится Prime&Bond NT, к которому фиксируется сам герметик. Разработчики этой системы рассматривают такую технику как альтернативу инвазивной герметизации фиссур. Износ компомерных силантов выше, а ретенция ниже, чем у КПМ. За 2 года сохранность силанта-композита составляет 32%, силанта-компомера 0%; полная утрата – 10 и 38% соответственно, но после утраты компомера кариес развивается реже, чем после утраты КПМ.

Эффективность профилактики кариеса подтверждена многими исследованиями. Покрытие зубов фторидсодержащим лаком привело к редукции прироста кариеса на обработанных поверхностях до 70% и снижению КПУ до 35%. Наиболее высокая эффективность профилактики кариеса обеспечивается методом запечатывания фиссур: редукция прироста фиссурного кариеса за год составила 92,5%.

Достижение высоких результатов профилактики путем герметизации обусловлено выполнением двух основных функций герметиков:

1. Создание на поверхности зуба физического барьера для кариесогенных факторов.
2. Реминерализация эмали в области фиссуры, при наличии в составе герметика активных ионов фтора.

Результаты исследований

Оценка эффективности герметиков показала, что редукция прироста кариеса зубов зависит от ретенции герметиков на окклюзионных поверхностях зубов, способности выделять ионы фтора в ткани зуба и ротовую жидкость, а эффективность профилактики кариеса постоянных зубов значительно возрастает при сочетании герметизации фиссур и ямок с местной фторид профилактикой и гигиеной полости рта.

Научные исследования доказали, что правильно проведенная процедура на 100% эффективна в защите поверхностей зуба от кариеса, поскольку служит физическим барьером возможного разрушения. Эффективность действия процедуры приостанавливается или прекращается, когда разрушаются склеивающие вещества между пленкой и зубом, или теряется их часть. Однако зубы, которые запечатывались, в дальнейшем значительно меньше подвержены образованию кариеса, чем те, что никогда не обрабатывались. Запечатывание эффективно в течение 5 лет, но может сохранять свои свойства на срок до 10 лет. Отчеты врачей показывают, что спустя 7 лет после запечатывания около 49% зубов остаются полностью запечатанными. Но запечатывание не должно рассматриваться в качестве постоянной процедуры. Необходимы регулярные посещения стоматолога для профилактического осмотра, что позволит контролировать состояние запечатанных зубов.

Литература

1. Профилактика кариеса в ямках и фиссурах зубов / Т.Н.Терехова, Т.В.Попруженко, М.И.Кленовская. – М: МЕДпресс-информ, 2010. – 88 с.
2. Абрамова Н.И. Теория и практика применения герметиков в сочетании с реминерализующими составами при профилактике кариеса зубов/ Н.И. Абрамова // Стоматология (Спец. Выпуск). 1996. - № 4. - С. 25-26.
3. Акатьева Г.Г. Профилактика кариеса методом герметизации фиссур / Г.Г. Акатьева // Сб. ст. науч. практ. конф. стоматологов Респуб. Башкорстан. - Уфа, 1996. - С. 59-61.
4. Жукова Н.В. Комплексная профилактика кариеса на основе препаратов фирмы «OR-Dental Resources» / Н.В. Жукова // Новое в стоматологии. 1995. - №5.- С. 32.
5. Кузьмина И.Н. Герметизация фиссур, как метод профилактики кариеса жевательной поверхности моляров / И.Н. Кузьмина // Стоматология для всех. — 1998.-№2.-С. 21-22.
6. Кузьмина Э.М. Сравнительная оценка эффективности разных видов герметиков для профилактики кариеса постоянных зубов у детей в системе санации полости рта / Э.М. Кузьмина // Стоматология. - 1997. - № 5. - С. 58 60.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-5-T-1788 Тезис

Розалиева Ю.Ю., Розалиева И.Ю.

Мониторинг силы сокращения круговой мышцы рта у лиц со сложно-челюстной патологией

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

В результате проведения операции односторонней резекции верхней челюсти у больных возникают стойкие морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области. Утрата большого объема костных и мягких тканей способствует нарушению физиологического равновесия мышечной системы. Изменение условий функционирования зубочелюстной системы приводит к появлению деформаций, формирующихся в послеоперационном периоде. Поэтому пациенты нуждаются в проведении непосредственного протезирования. Однако встречаются случаи, когда протетическое лечение проводится после оперативного вмешательства. Поэтому восстановление физиологического равновесия представляет собой сложную задачу. В связи с этим до настоящего времени остается актуальным изучение параметров, характеризующих функциональное состояние мимических мышц околоротовой области в динамике проведенного лечения.

Цель нашего исследования заключалась в определении силы сокращения круговой мышцы рта у больных перенесших операцию резекции верхней челюсти в динамике лечения, немаловажной составляющей которого являлось замещение постоперационного дефекта.

На кафедре ортопедической стоматологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского за период с 2006-2012 гг. было обследовано 9 человек в возрасте 45-73 лет, которым была проведена операция резекции верхней челюсти. Ортопедическое замещение постоперационного дефекта челюстно-лицевой области поводилось через 3 недели с момента операции. Всем пациентам изготовили сложно-челюстной пострезекционный протез (Патент РФ на изобретение № 2268020). Исследование силы сокращения круговой мышцы рта проводилось до протетического лечения, через каждые 3 месяца с момента пользования сложно-челюстным протезом в течение шести лет. Лечение пациентов осуществлялось на основании комплексного междисциплинарного подхода.

Результаты исследования показали, что через 3 недели после оперативного вмешательства сила сокращения круговой мышцы рта составляла 10±5 грамм, через три месяца с момента пользования сложно-челюстным пострезекционным протезом – 213±7 грамм, через 6 месяцев – 405±3 грамм, при дальнейшем исследовании силы сокращения круговой мышцы рта значения ее были равны 437±5 грамм.

Таким образом, была выявлена положительная динамика функционального состояния челюстно-лицевой области у больных, перенесших операцию резекции верхней челюсти. Важно отметить, что сложно-челюстной пострезекционный протез обеспечивает замещение утраченных тканей, но и способствует восстановлению функционирования мышц челюстно-лицевой области и жизненно важных функций – жевания, глотания, речеобразования, обеспечивает восстановление миодинамического равновесия зубочелюстной системы.

Ключевые слова: сила сокращения, резекция, верхняя челюсть

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-5-T-1789 Тезис

Розалиева Ю.Ю.

Использование миостабилизации для улучшения фиксации и стабилизации полных съемных протезов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Протетическое лечение при полном отсутствии зубов на нижней челюсти со значительной атрофией альвеолярного отростка у пожилых людей представляет особые трудности (Лебеденко И.Ю., Каливраджиян Э.С., 2005). Известно, что для улучшения фиксации можно использовать наиболее рациональный метод ретенции, рассчитанный на равномерное давление мышц, окружающих преддверие полости рта, на протез (Г.Г. Насибуллин, 1978). Тем не менее, при выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти метод также не дает результата в связи с тем, что выступы и углубления на протезе для использования мышечной ретенции создаются произвольно без учета функции мышц и окружающих преддверия рта тканей.

Цель исследования заключалась в определении эффективности применения метода формирования миостабилизаторов на полном съёмном протезе нижней челюсти (Патент РФ на изобретение № 2388429).

На кафедре ортопедической стоматологии в период с 2005 по 2012 гг. проведено ортопедическое лечение 49 больных в возрасте от 64 до 87 лет с полным отсутствием зубов на нижней челюсти с формированием миостабилизаторов на базисе полного съемного протеза по оригинальной методике. Всем больным после утраты зубов на нижней челюсти ранее неоднократно изготавливались полные съемные протезы, но пользоваться они ими не смогли. От имплантации пациенты отказались в связи с наличием субъективных и объективных причин.

Отдаленные результаты наблюдения показали, что предложенный метод функционального формирования миостабилизаторов с использованием твердых базисов на нижней челюсти при полном отсутствии зубов дал значительный эффект в повышении качества изготавляемых протезов.

Таким образом, использование предложенного метода показано пожилым лицам при выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти, рубцовых изменениях, большой подвижности слизистой оболочки, когда нет условий фиксации или они значительно ухудшены. Метод позволяет улучшить функциональную ценность протеза и преодолеть психоэмоциональные сложности при протезировании пациентов.

Ключевые слова: миостабилизация, полные съемные протезы

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-5-T-1790 Тезис

Розалиева И.Ю., Розалиева Ю.Ю.

Опыт применения устройства для фиксации частичных съемных протезов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

В настоящее время ВОЗ отмечает высокий уровень заболеваний пародонта. По обращаемости заболевания опорных тканей зубов диагностируются в 100 % случаев пациентам, которым необходимо протетическое лечение. Наиболее часто для замещения множественных дефектов зубных рядов и больших дефектов зубных рядов с уменьшенными резервными силами оставшихся зубов используют частичные съемные протезы. В качестве фиксирующих приспособлений в протезах используют проволочные гнутые кламмеры (Трезубов В.Н., 2005). Основная задача врача-стоматолога-ортопеда заключается в том, чтобы выбранная система кламмеров обеспечивала фиксацию частичного съемного протеза и не оказывала вредного воздействия на опорные зубы и слизистую оболочку протезного ложа. Данное положение особую актуальность приобретает у пациентов с утраченными резервными силами пародонта оставшихся зубов. При прогрессировании воспалительно-деструктивного патологического процесса в пародонте нарушается целостность зубного ряда, вследствие утраты зубов, костной ткани и потери межзубных контактов. В результате зубы функционируют изолированно благодаря чему возникает их функциональная перегрузка.

Цель исследования заключалась в определении эффективности применения устройства для фиксации частичного съемного протеза у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и частичным отсутствием зубов (Патент РФ на полезную модель № 105581).

На кафедре ортопедической стоматологии для обеспечения оптимальной фиксации частичных съемных пластиночных протезов 20 пациентам в возрасте от 51 года до 70 лет с множественными большими дефектами зубных рядов и пародонтитом II-III степени тяжести было использовано устройство для фиксации частичного съемного протеза.

Клинические наблюдения показали, что предложенная конструкция устройства для фиксации частичного съемного протеза обеспечивала шинирование зубов в блок с помощью искусственных коронок и способствовала равномерному распределению жевательного давления между оставшимися зубами и слизистой оболочкой протезного ложа. Конструкция устройства позволила провести протетическое лечение пациентов с пародонтитом II-III степени тяжести в случаях, когда применение других методов фиксации в связи с наличием субъективных и объективных причин было противопоказано.

Устройство при лабораторном производстве не требует дополнительных материальных затрат.

Таким образом, использование устройства для фиксации частичного съемного протеза позволило повысить функциональную ценность изготавливаемых протезов у пациентов с утраченными резервными силами пародонта оставшихся зубов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, функциональная перегрузка

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-5-T-1798 Тезис

Косарева В.В., Ратохина С.В., Бахтеева Г.Р.

Особенности возникновения и течения фурункулов и карбункулов лица

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Фурункулы и карбункулы занимают одно из ведущих мест среди острых неодонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛО (около - 16%). В более чем 80% случаев встречаются фурункулы, в остальных случаях – карбункулы лица.

С целью выяснения особенностей возникновения фурункулов и карбункулов ЧЛО, их распространенности среди жителей Саратовской области нами проведен анализ 151 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в МУЗ ГКБ № 9 в отделение челюстно-лицевой хирургии с января по ноябрь 2012г.

При клинико-статистическом обследовании выявлено, что соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое (54,3% и 45,7% соответственно). Преобладали пациенты 14-20 лет (34%) и 21-30 лет (30%). У больных в возрасте 31-40 лет фурункулы и карбункулы встречались реже (16%). Среди пациентов в возрасте 41-50 лет и 51-60 лет были зарегистрированы 5,3% и 6% случаев заболевания. Частота встречаемости заболевания у пациентов старшей возрастной группы (60 и более) составила 8,7%.

При микробиологическом исследовании гнойного экссудата нами более чем в 90% случаев обнаружен золотистый стафилококк. В анамнезе или после дополнительных методов обследования у 16% пациентов были выявлены сопутствующие заболевания. Сердечно-сосудистая патология и сахарный диабет были выявлены у группы пациентов после 40 лет. ВИЧ, СПИД и ХПН - у пациентов среднего возраста (31-40 лет). В группе пациентов от 14 до 20 лет дерматологом поставлен диагноз – юношеские угри.

Мы выявили наиболее частую локализацию фурункулов и карбункулов ЧЛО: в 24 % случаев в области кожи нижней губы и подбородочного области, реже в области кожи верхней губы и щечной области (18,3% и 18% случаев соответственно), в лобной области в 12% случаях, в области наружного носа и бровной области – по 6,6%, в скуловой области 4,6%, 9,9% - другая локализация.

Среди пациентов, обратившихся в отделение челюстно-лицевой хирургии - 11 % составили больные с фурункулом в стадии инфильтрации, 86 % – в стадии абсцедирования, 3 % – в стадии обратного развития (заживления). В среднем пациенты находились на стационарном лечении 6 койко-дней. Исходом заболевания у 84,6% пациентов явилось улучшение, у 15,2% - выздоровление.

Таким образом, фурункулы и карбункулы лица остаются актуальной проблемой медицины, их появления не связано с социальным положением, полом, при этом они чаще поражают лиц молодого возраста. Выявлены сопутствующие заболевания, способствующие развитию фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области в каждой возрастной группе и отягощающие их течение. Необходимо проводить профилактику развития фурункулов и карбункулов среди населения с фоновыми заболеваниями, которая заключается в предотвращение гнойничковых заболеваний кожи, санации хронических очагов инфекции, недопущение попыток выдавливания гнойничков на лице.

Ключевые слова: фурункулы, карбункулы

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-5-A-1799 Оригинальная статья

Зотова А.С.

Последовательная экстракция зубов как оперативный метод ортодонтического лечения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Резюме

Статья раскрывает сущность методик Хотца и Бауме о серийном устранении тесного положения зубов, с помощью которых достигаются устойчивые контакты между зубными рядами, что позволяет нормализовать функции зубочелюстной системы.

Ключевые слова: хирургические методы, ортодонтическое лечение

Комплексное устранение тесного положения зубов включает устранение активнодействующих факторов или предрасполагающих причин, таких, как аномалии прикрепления мягких тканей, пара-функция околоротовых мышц при дыхании, глотании, речи, вредные привычки. Наряду с этим рекомендуется ортодонтическое лечение — непосредственное воздействие на тесно расположенные зубы различными аппаратами, а также последовательное удаление отдельных зубов.

Перед началом комплексного лечения важно обучить пациентов гигиене полости рта, индивидуально подбирать и рекомендовать средства для ухода за полостью рта, ознакомить их с объемом лечебных мероприятий, последовательностью их проведения, ощущениями, которые они будут испытывать в процессе лечения.

Вопрос об удалении отдельных зубов по ортодонтическим показаниям следует решать лишь после оценки данных исследования пациента и определения прогноза лечения с морфологической, функциональной и эстетической точек зрения.

Правильный выбор зубов, подлежащих удалению, позволяет достигнуть множественных устойчивых контактов между зубными рядами и нормализовать функции зубочелюстной системы.

Последовательное удаление отдельных зубов с целью управления прорезыванием остальных показано при следующих условиях:

1. Абсолютная макродентия, когда сумма ширины коронок 4 верхних резцов (SI) равна 35 мм и больше, а нижних (Si) — 27 мм и больше, передние зубы расположены тесно, место для двух или большего количества зубов отсутствует в зубной дуге или не хватает до $'/_2$ ширины их коронок, лицо узкое или средней ширины. При нейтральном соотношении клыков, первых постоянных моляров и тесном расположении передних зубов целесообразно удалять отдельные зубы, как на верхней, так и на нижней челюсти, при дистальном прикусе обычно на верхней, при мезиальном — на нижней челюсти.

2. Относительная (индивидуальная) макродентия, когда SI=33—34 мм, Si=26—27 мм, лицо узкое, длинное, место для двух зубов (чаще боковых резцов) на каждой челюсти отсутствует или его не хватает на $'/_2$ ширины их коронок, а также при тесном расположении зубов и узком лице у того родителя, на которого похож ребенок. При нейтральном соотношении боковых зубов показано последовательное удаление зубов на верхней и нижней челюсти.

3. Значительное несоответствие размеров премоляров и временных моляров на одной или обеих челюстях и нарушение смыкания боковых зубов (II или III класс по Энглю), требующее сошлифовывания проксимальных поверхностей коронок временных клыков и моляров для обеспечения мезиального сдвига первых постоянных моляров и достижения нейтрального прикуса, что не исключает последовательного удаления отдельных зубов.

4. Ранняя потеря временных зубов, множественное кариозное разрушение проксимальных поверхностей их коронок и последующее укорочение зубного ряда на 4 мм и больше в результате мезиального перемещения боковых зубов.

5. Мезиальный наклон зачатков клыков и премоляров от 35° и больше по отношению к срединной плоскости, определяемый при изучении ортопантомограмм челюстей, и тесное расположение резцов.

6. Недоразвитие нижней челюсти, чрезмерное развитие верхней при дистальном прикусе с протрузией верхних передних зубов и сомнительных результатах ортодонтического лечения. При планировании лечения таких больных с сагиттальной щелью между резцами целесообразно применять клинические функциональные пробы Ильиной-Маркосян, Эшлера—Битнера и др. со смещением нижней челюсти вперед до нейтрального соотношения первых постоянных моляров. Если после выдвижения нижней челюсти форма лица ухудшается, то дистальный прикус обусловлен мезиальным смещением боковых зубов. В таких случаях необходимо либо переместить боковые зубы дистально, либо удалить последовательно отдельные зубы на верхней челюсти.

7. Недоразвитие верхней челюсти, чрезмерное развитие нижней, мезиальный прикус без смещения нижней челюсти, сомнительный прогноз лечения. Показано последовательное удаление отдельных зубов на нижней челюсти.

8. Открытый прикус в сочетании с тесным расположением передних зубов, недостаточным для них местом, гипоплазией эмали резцов и моляров. Показано последовательное удаление зубов в сочетании с применением ортодонтических аппаратов и обучением у логопеда.

В 1919 г. Colyer предложил удалять сначала временные клыки для исправления положения резцов, а затем первые премоляры для исправления положения клыков. Kiellgren назвал такое лечебное мероприятие "последовательной экстракцией", Hotz - "управлением прорезывания зубов посредством экстракции".

Метод последовательного серийного удаления отдельных зубов включает следующие мероприятия:

1) удаление латеральных резцов при неправильном прорезывании центральных резцов,

2) удаление временных клыков при неправильном прорезывании боковых резцов.

3) удаление первых временных моляров при приближении зачатков первых премоляров к поверхности альвеолярного отростка, что ускоряет их прорезывание;

4) удаление преждевременно прорезавшихся первых премоляров, что способствует изменению расположения зачатков постоянных клыков и их правильному установлению в зубном ряду;

5) наблюдение за прорезыванием клыков и вторых премоляров и их установлению в зубных рядах.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Метод Хотца используют как самостоятельный или в сочетании с ортодонтическим. Его недостаток состоит в необходимости длительного (3,5—4 года) наблюдения за больным.

L.J. Baume изучил смещение соседних зубов после удаления первых моляров и первых премоляров и описал его закономерности. Они заключаются в следующем: 1) после раннего удаления первых постоянных моляров соседние зубы перемещаются корпусно в сторону дефекта: премоляры — дистально, вторые моляры — мезиально; 2) на верхней челюсти перемещение зубов происходит быстрее, чем на нижней; 3) прорезывающиеся премоляры смещаются дистально медленнее, чем вторые моляры мезиально.

Причины неодновременного перемещения зубов, по мнению L. J. Baume, заключаются в следующем: 1) зачатки зубов смещаются в сторону удаленного зуба быстрее, чем прорезавшиеся зубы и зубы, установившиеся в окклюзию; 2) смещение зубов ускоряется при прорезывании зубов, расположенных через один или два зуба по отношению к удаленному; 3) зубы с несформированными корнями перемещаются быстрее, чем зубы с окончательно сформированными корнями.

Метод лечения путем удаления отдельных зубов имеет недостатки, которые проявляются при его неправильном планировании. К ним относят наклоны осей зубов, расположенных по краям дефекта зубного ряда, промежутки в зубном ряду, оставшиеся после удаления зубов, углубление резцового перекрытия. Чтобы свести до минимума эти недостатки, важно удалять зубы своевременно, но не преждевременно.

Нарушения правил удаления отдельных зубов, неправильный их выбор, отказ от выравнивающей экстракции зубов приводит к ошибкам в ортодонтической практике.

После устранения тесного положения *зубов* продолжают ортодонтическое *лечение* аномалий прикуса, требующее более длительного времени. Продолжительность реабилитации следует планировать до полного прорезывания всех постоянных зубов. В связи с этим необходимо раннее устранение тесного положения нижних резцов по мере их прорезывания до появления отягощающих форм патологии. Такая направленность должна рассматриваться как первостепенная задача детского стоматолога и ортодонта при осмотрах детей в возрасте 6—8 лет и определении содержания диспансеризации у стоматолога.

Литература

1. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Издательство: Медицинское информационное агентство.
2. Алямовский В.В., Перова Е.Г., Буянкина Р.Г. Диагностика и методы лечения зубочелюстных аномалий и деформаций: методическое пособие к практическим занятиям для аудиторной работы врачей-курсантов. Красноярск: типография КрасГМУ, 2009.
3. Куцевляк В.И., Самсонов А.В., Скляр С.А. Ортодонтия: Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов. 2005.
4. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. Издательство: «МЕДпресс-информ», 2006.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Терапия

ID: 2012-11-8-T-1725 Тезис

Коньшина Л.Е., Леонтьев М.А., Рыжкова Е.Ю., Соколов И.М., Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А., Конобеева Е.В.

Гастоэзофагеальноя рефлюксная болезнь и патология двенадцатиперстной кишки

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Изучение потенциальных взаимосвязей между наличием заболеваний, связанных с Helicobacter pylori (Hp), и развитием/тяжестью гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является важной проблемой современной гастроэнтерологии.

Цель исследования. Установить взаимосвязи между наличием язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), ассоциированной с Hp, хронического дуоденита и обнаружением рефлюкс-эзофагита у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта в Хвалынском районе Саратовской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 2357 пациентов, обращавшихся за медицинской помощью в центральную районную больницу данного региона. Средний возраст обследованных пациентов составил 52±1,8 лет. Всем больным была проведена фиброэзофагогастродуоденоскопия, при выявлении патологии двенадцатиперстной кишки (ДПК) выполнялась биопсия, а также тест на наличие Hp.

Результаты исследования. Частота диагностики Hp при ЯБДПК среди наших пациентов не отличалась от данных литературы и составила 85,6 %. На основании полученных коэффициентов корреляции была установлена достоверная обратная взаимосвязь между наличием ЯБДПК и рефлюкс-эзофагитом. У пациентов, страдающих ЯБДПК, рефлюкс-эзофагит обнаруживался только у 11,42%. Среди тех, у кого не обнаружен язвенный дефект ДПК рефлюкс-эзофагит констатирован в 19,28% случаев. Аналогичная достоверная ассоциация выявлена в случае наличия дуоденита: на его фоне у 12,35% человек встречался рефлюкс-эзофагит, в группе без дуоденита эзофагит выявлялся в 20,99% случаях.

Выводы. На фоне имеющегося дуоденита, или ЯБДПК, ассоциированной с Hp, частота выявления рефлюкс-эзофагита почти в два раза ниже по сравнению с группой обследованных, не имеющих патологии двенадцатиперстной кишки. Это может свидетельствовать о потенциальной протективной роли Hp в отношении развития ГЭРБ.

Ключевые слова: Helicobacter pylori, язва, рефлюкс-эзофагит

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-8-T-1726 Тезис

Леонтьев М.А., Коньшина Л.Е., Рыжкова Е.Ю., Соколов И.М., Гафанович Е.Я, Железнякова Н.А., Конобеева Е.В.

Частота сочетания язвенной болезни желудка и гастроэзофагельной рефлюксной болезни

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) все чаще встречается в ассоциации с другими поражениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в частности, с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки. Взаимоотношения этих патологий многогранны и представляют огромный интерес для современной гастроэнтерологии.

Цели и задачи: анализ частоты встречаемости сочетания язвенной болезни желудка с ГЭРБ.

Материалы и методы: проведено исследование, включающее в себя ретроспективный анализ данных фиброэзофагогастродуоденоскопии 2357 пациентов, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ЦРБ г. Хвалынска Саратовской области, с различной патологией ЖКТ. Из анализа исключались пациенты с мультифокальными язвами, а также больные с тяжелыми заболеваниями ЖКТ. Оценивалось сочетание патологий.

Результаты: В ходе проведенного исследования было установлено, что ЯБЖ имела место у 85 человек (34 женщин и 51 мужчины), средний возраст пациентов составил 55±2,4 лет. Соответственно, у оставшихся 2272 признаков язвенного поражения желудка не обнаружено. Наличие рефлюкс-эзофагита констатировано у 2.35% пациентов (2 случая из 85) при сопутствующей язве желудка и у 18,79% (427 пациентов из 2272) при ее отсутствии. При анализе данных также выявлены достоверные гендерные различия. У 100% лиц мужского пола с ЯБЖ отсутствовали эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита; среди лиц женского пола наличие эзофагита отмечалось в 2,35% случаев.

Выводы: в представленной когорте пациентов, госпитализированных в стационар Хвалынского района Саратовской области, рефлюкс-эзофагит, как правило, не ассоциирован с ЯБЖ и эта закономерность имеет гендерную зависимость - мужчины с ЯБЖ не имеют эндоскопических признаков ГЭРБ.

Ключевые слова: язва желудка, рефлюкс-эзофагит

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-8-T-1727 Тезис

Корсунова Е.Н., Коньшина Л.Е., Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А., Конобеева Е.В., Леонтьев М.А., Рыжкова Е.Ю.

Тест КВАНТИФЕРОН-ТБ ГОЛД у пациентов с ревматоидным артритом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Цель: Оценить чувствительность и специфичность теста КвантиФЕРОН-ТБ Голд у пациентов с ревматоидным артритом (РА); изучить взаимосвязь наличия микобактерий Tuberculosis, Kansasii, Marinum, Szulgai с формой, прогрессированием, активностью РА, а также рентгенологической стадией и степенью функциональной недостаточности.

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов (17 мужчин, 43 женщины) с РА в возрасте от 35 до 78 лет (средний возраст 56,5 лет). Диагноз РА верифицировался по критериям АРА, 1988г. Всем больным выполнялся тест КвантиФЕРОН-ТБ Голд (анализ крови на гамма-интерферон) для скрининга на наличие микобактерий M. Tuberculosis, M. Kansasii, M. Marinum, M. Szulgai. Проведено рентгенологическое исследование суставов для определения стадии процесса. Активность РА оценивалась с использованием индекса DAS28-4.

Результаты: При анализе полученных данных выявлено, что положительным тест КвантиФЕРОН-ТБ Голд был у 38% пациентов, отрицательным у 62%. При проведении многомерного дисперсионного анализа достоверных взаимосвязей положительного теста КвантиФЕРОН-ТБ Голд с основными изучаемыми показателями РА (активность, рентгенологическая стадия, степень функциональной недостаточности) обнаружено не было. Однако выявлена положительная тенденция с позитивным тестом на микобактерии и суставно-висцеральной формой РА, отрицательная - с прогрессированием заболевания. Вместе с тем, в настоящем исследовании подтверждена высокая чувствительность данного метода, однако специфичность оказалась не так велика и составила менее 60%.

Выводы: Таким образом, специфичность теста КвантиФЕРОН-ТБ для выявления именно туберкулезного процесса у пациентов с РА не столь высока. Учитывая, что положительным тест КвантиФЕРОН-ТБ Голд может быть при наличии не только микобактерий туберкулеза, но и других микобактерий, можно предположить их участие в развитии РА. Наличие микобактерий при РА, возможно, негативно влияет на «обширность» заболевания, но замедляет темпы прогрессирования РА.

Ключевые слова: тест КвантиФЕРОН-ТБ Голд, ревматоидный артрит

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-1749-T-1732 Тезис

Семьянив И.О., Сливка В.И., Семьянив М.М.

Оценка степени одышки у больных туберкулезом легких с бронхообструктивным синдромом по шкале Борга и MRC-тестом

Украина, Буковинский ГМУ, кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Актуальность. Туберкулез органов дыхания является одной из актуальних медицинских и социальных проблем, что обусловлено его эпидемией в Украине, которая непрерывно прогрессирует и приобретает угрожающие масштабы. Проблемой современности является увеличение частоты заболеваний органов дыхания, которые сопровождаются бронхообструктивным синдромом (БОС), и туберкулез легких не исключение.

Цель исследования: оценка степени одышки у больных туберкулезом легких с бронхообструктивным синдромом.

Обьект исследования: больные с различными типами туберкулезного процеса в легких и признаками бронхообструктивного синдрома.

Методы исследования: клинические, статистические. В связи с тем, что одышка является основной причиной ограничения физической активности больных туберкулезом легких с бронхообструктивным синдромом и крупнейшим фактором влияния на их качество жизни, этот показатель мы оценивали с помощью шкалы Борга и MRC-теста.

Результаты. Установлено, что у больных хроническим туберкулезом легких с БОС по сравнению с впервые диагностированным туберкулезом легких с БОС результаты MRC-теста были достоверно выше в 1,2 раза ($p<0,05$), а результаты пробы Борга в 1,25 раза ($p<0,05$). Эти данные подтверждают полученные результаты оценки функции внешнего дыхания и указывают на более тяжелую степень обструкции у больных хроническим туберкулезом легких с БОС. Проведенный нами корреляционный анализ между пробой Борга и MRC-тестом ($r=0,56$; $p=0,03$) показал наличие положительной корреляционной связи средней силы.

Выводы. Хронический туберкулез легких сопровождается более выраженым БОС по сравнению с впервые выявленым туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, бронхообструкция

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-8-A-1733 Оригинальная статья

Семенова О.Н., Наумова Е.А.

Мотивационные потребности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Здоровье - это первая и естественная потребность человека. Чтобы жить в гармонии с окружающей средой, человеку необходимо постоянно удовлетворять свои потребности. Под мотивацией здоровья и здорового образа жизни необходимо понимать осознание человеком необходимости в сохранении здоровья. Цель: изучить мотивационные потребности (включая и потребность быть здоровым) пациентов с сердечно-сосудистой патологией с помощью методики изучения ценностных ориентаций. Материал и методы: пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, метод М. Рокича, одномерный непараметрический анализ и логистическая регрессия. Результаты: В иерархии пациентов кардиологического стационара доминирующее положение занимает здоровье. Конкретные ценности занимают преобладающее положение. На последнем месте из инструментальных ценностей высокие требования к жизни и высоким притязаниям. При преобладании значимости здоровья, другие ценности не значимы. Заключение: Здоровье - это первая и важнейшая потребность человека, определяющая его способность к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности.

Ключевые слова: мотивация, потребность, ценность, здоровье

Введение

По определению ВОЗ, «здоровье» определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [7]. Степень физического здоровья достаточно достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии его психического и социального благополучия. Мотивации - вызванное потребностью эмоционально - окрашенное состояние организма, избирательно объединяющее нервные элементы различных уровней головного мозга [4]. На основе мотиваций формируется поведение, ведущее к удовлетворению исходной потребности [1,3,4]. Под мотивацией здоровья и здорового образа жизни необходимо понимать осознание человеком необходимости в сохранении здоровья [3]. Чем ниже уровень мотивации здоровья среди населения, тем ниже здоровье и уровень его благосостояния [6]. Ценности - это духовные и материальные феномены, имеющие личностный смысл, являющиеся мотивом деятельности [1,2,3]. Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой [2,4,10]. Именно через направленность личности ее ценностные ориентации находят свое реальное выражение в активной деятельности человека, то есть должны стать устойчивыми мотивами деятельности и превратиться в убеждения [1,3]..

Методика изучения ценностных ориентации (мотивации) разработана М. Рокичем и основана на приеме прямого ранжирования списков ценностей [9,10]. М. Рокич различает два класса ценностей - терминальные и инструментальные. Терминальные ценности М. Рокич определяет как убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования (например, счастливая семейная жизнь, мир во всем мире) с личной и общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться; инструментальные ценности - как убеждения в том, что какой-то образ действий (например, честность, рационализм) является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях [9]. Стимульным материалом в методике Рокича служат два списка по 18 ценностей - терминальных и инструментальных - с краткой расшифровкой содержания каждой [5,8].

Цель: изучить мотивационные потребности (включая и потребность быть здоровым) пациентов с сердечно-сосудистой патологией с помощью методики изучения ценностных ориентаций.

Материал и методы

В 2012 году проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара Клинической больницы имени С.Р. Миротворцева СГМУ. Использовалась вышеописанная методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича [5,8]. Списки ценностных категорий были представлены в алфавитном порядке, и испытуемым предлагалось проставить против каждого обозначения соответствующее ранговое число от 1 до 18, то есть необходимо было разложить по порядку значимости принципы, которыми пациент руководствуется по жизни. Вначале предъявляется набор терминальных (список А), а затем набор инструментальных ценностей (Список Б) [5,8] (Таблица 1).

Для анализа иерархии ценностей ценности были сгруппированы на содержательные блоки. Терминальные ценности были разбиты на конкретные, абстрактные, ценности профессиональной самореализации и ценности личной жизни [5,8]. Инструментальные ценности в свою очередь на этические ценности, ценности общения, ценности дела, индивидуалистические ценности, конформистские ценности, альтруистические ценности [5,8].

При помощи одномерного непараметрического анализа и логистической регрессии оценивалась взаимосвязь здоровья с остальными ценностями как отдельно, так и с группами внутри терминальных и инструментальных ценностей.

Результаты

В опросе согласились принять участие 91 пациент (27 (29,7%) мужчин и 64 (70,3%) женщины), медиана возраста 60 лет. (Таблица 2)

Стоит отметить, что пациенты крайне неохотно соглашались на участие в данном исследовании. И только 53 (58,2%) пациента из согласившихся полностью ранжировали ряд представленных ценностей. Из них 15(28,3%) мужчин и 38 (71,7%) женщин, медиана возраста 53 года. Остальные пациенты не справились с поставленной задачей.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Таблица 1. Список ценностей

Терминальные ценности (Список А)
Активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни)
Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом)
Здоровье (физическое и психическое)
Интересная работа
Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве)
Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)
Материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)
Наличие хороших и верных друзей
Общественное призвание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе)
Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие)
Продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей)
Развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование)
Развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей)
Свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)
Счастливая семейная жизнь
Счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)
Творчество (возможность творческой деятельности)
Уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений)
Инструментальные ценности (Список Б)
Аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах
Воспитанность (хорошие манеры)
Высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания)
Жизнерадостность (чувство юмора)
Исполнительность (дисциплинированность)
Независимость (способность действовать самостоятельно, решительно)
Непримиримость к недостаткам в себе и других
Образованность (широта знаний, высокая общая культура)
Ответственность (чувство долга, умение держать свое слово)
Рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения)
Самоконтроль (сдержанность, самодисциплина)
Смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов
Твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями)
Терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения)
Широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки)
Честность (правдивость, искренность)
Эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)
Чуткость (заботливость)

Таблица 2. Демографическая характеристика пациентов

		Количество человек	Процентный состав
Пол:	Мужчины	27	29,7
	Женщины	64	70,3
Возраст:	Мужчины < 60, женщины < 55 лет	40	44
	Мужчины > 60, женщины > 55 лет	51	56
Причина госпитализации:	ИБС. Стенокардия напряжения	19	20,9
	ИБС. Нестабильная стенокардия	24	26,4
	Декомпенсация ХСН	12	13,2
	Артериальная гипертония	36	39,5
Сопутствующая патология:	Бронхиальная астма	1	1,1
	ГЭРБ	5	5,5
	Хронический гастродуоденит	15	16,5
	Язвенная болезнь	6	6,6
	Хронический холецистит	10	11
	ЖКБ	2	2,2
	Хронический панкреатит	18	19,8
	Хронический колит	4	4,4

Из терминальных ценностей в иерархии ценностей преобладающее положение (первые три места) занимают здоровье - 45 (84,9%) пациентов, внимание счастливой семейной жизни выделяют - 21 (39,6%), любовь - 15(28,3)% . На последних местах (16-18) у 26(49,1%) - развлечения, у 25(47,2%) – творчество, у 19 (35,9%)- красота природы и искусства, у 16(30,2%) - счастье других.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Из инструментальных ценностей (первые три места) 20 (37,8%) человек отдает предпочтение аккуратности и порядку, по 17 (32,1%) человек - воспитанности и честности. Последние места (16-18) из инструментальных ценностей 38(71,7%) пациентов оставляют высоким требованиям к жизни и высоким притязаниям, 29 (54,7%) – непримиримости к недостаткам в себе и в других. Таким ценностям, как наличие хороших и верных друзей, терпимость и эффективность в делах по 10 (5,3%) пациентов отдают промежуточное положение. Среди остальных ценностей уровень значимости колебался от 1 до 18, и единой закономерности выявить не удалось.

Взаимосвязь между значимостью здоровья, как главной терминальной конкретной ценности, с другими ценностями представлена в таблице 3.

Таблица 3. Здоровье и другие ценности

Здоровье и другие терминальные ценности		
Терминальные ценности	**Здоровье**	
	значимо	**не значимо**
Активная деятельная жизнь значима	13(28,9%)	0 (0%)
Жизненная мудрость значима	10(22,2%)	1(12,5%)
Интересная работа значима	6(13,3%)	1(12,5%)
Красота природы и искусства значима	2(4,4%)	0(0%)
Любовь значима*	15(100%)	0(0%)
Материально обеспеченная жизнь значима	3(6,7%)	0(0%)
Наличие хороших, верных друзей значимо*	6(13,3)%	4 (50%)
Общественное призвание значимо*	1(2,2%)	2(25%)
Познание значимо*	0(0%)	2(25%)
Продуктивная жизнь значима	4(8,9%)	1(14,5%)
Развитие значимо*	1(2,2%)	2(25%)
Развлечения значимы	3(6,67%)	1(12,5%)
Свобода значима*	1(2,2%)	2(25%)
Счастливая семейная жизнь значима	20(44,4%)	1(12,5%)
Счастье других значимо	2(4,4%)	1(12,5%)
Творчество значимо*	0(0%)	2(25%)
Уверенность в себе значима*	4(8,9%)	3(37,5%)
Здоровье и инструментальные ценности		
Инструментальные ценности	**Здоровье**	
	значимо	**не значимо**
Аккуратность значима	19(42,2%)	1(12,5%)
Воспитанность значима	16(35,6%)	1(12,5%)
Высокие запросы значимы*	2(4,4%)	2(50%)
Жизнерадостность значима	11(95,6%)	2(25%)
Исполнительность значима	11(24,4%)	2(25%)
Независимость значима	2(4,4%)	1(12,5%)
Непримиримость к недостаткам значима	3(6,7%)	2(25%)
Образованность значима	10(22,2%)	3(37,5%)
Ответственность значима	10(22,2%)	1(12,5%)
Рационализм значим	5(11,1%)	0(0%)
Самоконтроль значим	2(4,4%)	0(0%)
Смелость в отстаивании мнения значима	3(6,67%)	0(0,00%)
Твердая воля значима	1(2,2%)	1(12,5%)
Терпимость значима	10(22,2%)	1(12,5%)
Широта взглядов значима	3(6,67%)	0(0%)
Честность значима	15(33,3%)	2(25%)
Эффективность в делах значима	3(6,7%)	2(25%)
Чуткость значима	9(20%)	3(37,5%)

**- различия достоверны, p<0,05*

При логистической регрессии достоверная обратная ассоциация здоровья отмечена с такими терминальными ценностями как наличие хороших и верных друзей и развитием (работой над собой, постоянным физическим и духовным совершенствованием) (p=,00156). С инструментальными ценностями ассоциации выявлено не было.

Выявлена достоверная взаимосвязь между положением здоровья в системе ценностей и преобладанием в этой системе конкретных или абстрактных ценностей: пациенты, отводящие доминирующую роль здоровью как ценности - цели, другим конкретным ценностям также отдают первую роль (p=0,00014), и, наоборот, при выделении здоровья на первом месте, меньшая роль отводится абстрактным ценностям (p=0,01575).

Здоровье не связано с ценностями профессиональной самореализации и личной жизни, этическими ценностями, ценностями общения, ценностями дела, индивидуалистическими, конформистскими, альтруистическими ценностями, ценностями самоутверждения и принятия других людей.

При преобладании конкретных ценностей у пациентов (p=0,00020), равно как при выраженной недооценке абстрактных ценностей (p=,00229) преобладают ценности личной жизни.

При преобладании конкретных ценностей (активная жизнедеятельность, интересная работа, общественное призвание, продуктивная жизнь), меньшая роль отдается индивидуалистическим ценностям (p=0,04160), таким как независимость, непримиримость к недостаткам, рационализм, смелость в отстаивании своего мнения, твердая воля.

При доминировании ценностей дела, таких как аккуратность, исполнительность, образованность, рационализм, эффективность в делах, ценности профессиональной самореализации (интересная работа, общественное призвание, развитие) занимают наименьшую роль (p=0,04366).

Пациенты, не определившиеся с положением этических ценностей (ответственность, высокие запросы, независимость, самоконтроль, широта взглядов) в иерархии ценностей, ценностям общения (воспитанность, жизнерадостность, терпимость, чуткость, честность) отводят последние места (p=0,03462).

При преобладании ценностей дела (аккуратность, исполнительность, образованность, рационализм, смелость в отстаивании своего мнения, твердая воля, эффективность в делах) этические ценности также преобладают (p=,00290). Если этические ценности занимают последнее положение, то и конформистские ценности (воспитанность, самоконтроль и широта взглядов) также занимают последнее положение (p=0,04531).

При незначимости ценностей общения (воспитанность, жизнерадостность, непримиримость к недостаткам, честность) альтруистические ценности (терпимость и чуткость) также не значимы у пациентов терапевтического профиля (p=0,00443). Если ценности общения преобладают, то ценности дела (исполнительность, рационализм, твердая воля, эффективность в делах) занимают последнее положение в иерархии ценностей (p=0,04445).

Если индивидуалистические ценности (независимость, непримиримость к недостаткам, рационализм, твердая воля, смелость в отстаивании своего мнения) не значимы, то и ценности самоутверждения (высокие запросы, образованность, эффективность в делах) тоже не значимы (p=0,01020).

При доминирующем положении альтруистических ценностей (терпимость и чуткость) ценности принятия других (самоконтроль, широта взглядов и честность) также имеют высокое положение (p=0,0014).

Взаимосвязи между демографическими, клиническими характеристиками в отношении ценностных ориентаций не выявлено.

Обсуждение

В иерархии ценностей наших пациентов доминирующее положение занимает здоровье, как главное условие, обеспечивающее все стороны жизнедеятельности человека, что может иметь двойственную точку зрения. С одной стороны высшую ступень в иерархии ценностей здоровье у опрошенных нами пациентов может занимать в связи с заведомо «правильными» ответами пациента, находившегося на госпитализации по поводу соматического заболевания. С другой стороны, учитывая, что и другие конкретные ценности занимают высокое положение, можно сделать вывод, что на самом деле пациенты достаточно искренне отвечали на заданные им вопросы. К тому же выявлена достоверная взаимосвязь, что при преобладании значимости здоровья, другие ценности (любовь, наличие хороших и верных друзей, общественное призвание, познание, свобода, творчество, уверенность в себе, высокие запросы) играют гораздо меньшую роль.

Следует отметить, что при выявлении взаимосвязи внутри групп ценностей, было выявлено преобладающее положение конкретных ценностей среди всех остальных и их существенное влияние на все прочие параметры. И наоборот, индивидуалистические ценности и ценности самоутверждения во всех рассмотренных случаях были не важны для изучаемой группы пациентов. Это достаточно ярко иллюстрирует отношение пациентов к профессиональной самореализации (под которой в тесте подразумевают активность, творчество, принятие решений) и к ценностям дела (аккуратность, исполнительность, эффективность в делах): преобладание у пациентов ценностей дела было достоверно ассоциировано с незначимостью для них ценностей профессиональной самореализации, т.е. ценным считается «хороший исполнитель», а не «креативный топ-менеджер». Тогда как взаимоотношения других групп ценностей выглядят вполне логично: этические ценности прямо ассоциированы с конформистскими, ценности общения – с альтруизмом, и, наоборот, ценности дела имеют обратную связь с ценностями общения. С одной стороны это свидетельствует о достаточно высокой степени откровенности пациентов и осознанности их ответов. С другой, складывается определенный образ «среднего» пациента (для которого здоровье - важная конкретная ценность), как «простого» человека, со стремлением к активной, обеспеченной, но ненасыщенной жизни и с абсолютной незначимостью для него самореализации и потребности в развитии.

У пациентов, вообще не согласившихся отвечать на вопросы можно предположить наличие противоречивой системы ценностей, нежелание задумываться или страх «ответить неправильно».

Заключение

В иерархии ценностей (мотиваций) пациентов кардиологического профиля доминирующее положение занимает здоровье и является главным смысло- жизненным ориентиром у них. Преобладающее положение среди всех остальных и существенное влияние на все прочие параметры занимают и оказывают конкретные ценности. На последнем месте в жизненной позиции остаются высокие запросы и ценности самореализации.

Литература

1. Леонтьев В.Г. Психологические механизмы мотивации. - Новосибирск: Hi ПИ, 1992. - 216 с.
2. Леонтьев Д.А. Методика изучения ценностных ориентации. - М.: "СМЫСЛ", 1992. -17 с.
3. Маслоу А.Г. Мотивация и личность.- СПб: Евразия, 1999.- 478с.
4. Нормальная физиология: Учебник/ под ред. К.А. Судакова. - М.: Геотар-Медиа, 2012.-880с.
5. Психологические тесты. / Под ред. А.А. Карелина. Т.1. М.: 2000. С. 25 – 29.
6. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. //Современные исследования социальных проблем. - 2012 - №1. [Электронный ресурс]. URL: http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/strokova.pdf (дата обращения 11.11.12)

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

7. Устав Всемирной организации здравоохранения (7 апреля 1948 года) [Электронный ресурс]. URL: http://www.doctorate.ru/ustav-vsemirnoj-organizacii-zdravooxraneniya/ (дата обращения 15.11.12).
8. Psylab.info: энциклопедия психодиагностики [Электронный ресурс]. - URL: Psylab.info/Методика_«Ценностные ориентации»_Рокича (дата обращения 15.11.12).
9. Rokeach M. Beliefs, Attitudes and Values. San Francisco: Josey-Bass Co, 1972. 214 p.
10. Rokeach M. The nature of human values. N.Y.: Free Press, 1973.-597 p.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-1749-T-1734 Тезис

Герман А.А., Бойко А.В.

Способ лечения мультирезистентного туберкулеза

Украина, Буковинский ГМУ, кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Актуальность. Необходимость совершенствования способов фармакотерапии больных мультирезистентным туберкулезом легких (МРТБЛ) обусловлена тем, что лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза является серьезной проблемой в достижении эффекта при лечении больных и приводит к неэффективности этиотропной терапии, прогрессированию специфического процесса и летальному исходу. Поставленная задача решается тем, что в программу стандартного этиотропного лечения мультирезистентного впервые диагностированного туберкулеза легких за 4 категорией противотуберкулезными препаратами (8ZKm (Am) Q Et (Pt) Cs (Tz, PAS) / или 8EZKm (Am) Et PAS Q) добавляется препарат «Глутоксим», который показал высокую эффективность в комплексном лечении пациентов с МРТБЛ.

Цель исследования. Оценить эффективность применения «Глутоксима» в схемах лечения больных МРТБЛ.

Результаты. «Глутоксим», который является структурным аналогом окисленного глутатиона, усиливает антимикробный эффект изониазида, рифампицина, комбинации циклосерина и рифобутина, значительно снижает цитотоксический эффект антимикобактериальных средств, стимулирует активность фагоцитов, улучшает переносимость специфической терапии, предупреждает обострение хронического гепатита при проведении химиотерапии при туберкулезе, а при медикаментозном поражении печени позволяет продолжать химиотерапию в полном объеме, не применяя преждевременной отмены антимикобактериальной терапии. На фоне противотуберкулезной химиотерапии больным МРТБЛ назначали препарат «Глутоксим» внутримышечно, один раз в сутки в дозе 1 мл 3% раствора (30 мг) ежедневно пять дней подряд, затем по 1 инъекции через день еще 10 раз (всего 15 раз).

Выводы. Анализ клинико-рентгенологических показателей в динамике лечения «Глутоксимом» показал высокую эффективность препарата, поскольку он оказывает иммуномодулирующее, гепатопротекторное действие и уменьшает риск развития токсико-аллергических осложнений при применении программы противотуберкулезной химиотерапии, что позволяет повысить эффективность лечения по основным критериям излечения туберкулеза и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: мультирезистентный туберкулез, лечение

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-8-T-1766 Тезис

Богова В.С., Шелехова Т.В., Зайцева М.Р., Махонько М.Н., Шкробова Н.В.

Патология желудка и двенадцатиперстной кишки по результатам медицинских осмотров

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность проблемы. Своевременное выявление и профилактика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет сохранить здоровье и трудоспособность работающего населения.

Цели и задачи. Выявление патологии желудка и двенадцатиперстной кишки у работников МУПП «Саратовводоканал», разработка профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проанализированы данные периодического и дополнительного медицинских осмотров работников МУПП «Саратовводоканал» за 2011-2012 годы. Количество осмотренных составило 714 человек. Оценена эндоскопическая и гистологическая картина слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, выявлена инфицированность Helicobacter Pylori (HP). По профессиям это были: водители (28%), машинисты (21%), слесари (12%), токари (8,3%), аппаратчики хлораторных установок (12%), бульдозеристы (8,2%), экскаваторщики (6,1%) и прочие (4,4%).

Полученные результаты. У работников перечисленных профессиональных групп типичная клиническая картина патологии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки имела место у 43,5% обследованных. У 51,4% обследованных наблюдалось атипичное и латентное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Отсутствие изменений слизистой оболочки желудка выявлено у 34 рабочих (4,8%), двенадцатиперстной кишки у 230 человек (32,2%). Среди всех изменений преобладал гастрит у 690 человек (96,6%). Преимущественной локализацией этих изменений являлся антральный отдел (226 человек – 32,7%). Пангастрит диагностирован у 149 человек – 21,6%, а атрофический гастрит у 153 – 22,2%. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки обнаружена у 132 больных (18,5%). Дуоденит, сочетающийся с гастритом, во всех случаях выявлен у 203 обследованных (28,4±0,5%). Эрозии диагностированы у 180 человек (25,2%). Эрозивный гастродуоденит выявлен чаще у водителей (36,2%) и аппаратчиков (32,3%). Язвенный дефект обнаружен у 115 рабочих (16,1%). По профессиям – язва луковицы двенадцатиперстной кишки чаще всего обнаруживалась у водителей и аппаратчиков. Уровень инфицированности (HP) при язвенной болезни был значительно выше (95,4±2,3%), чем при гастродуодените (67,8±4,3%) ($p<0,05$).

Выводы. При проведении медицинских осмотров выявлены: повышенная частота встречаемости гастродуоденитов, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка у профессиональных групп водителей и аппаратчиков. Особенностью клинической картины язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у них является скудная симптоматика и высокая инфицированность HP.

Ключевые слова: медицинские осмотры, желудок, двенадцатиперстная кишка

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-8-T-1767 Тезис

Богова В.С., Махонько М.Н., Шелехова Т.В., Шкробова Н.В., Зайцева М.Р.

Опыт наблюдения за состоянием здоровья ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность проблемы. У ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС отмечается существенное повышение риска самых различных болезней, их полисистемность, сочетающаяся с цереброваскулярной патологией, снижением иммунитета организма, появление раковых заболеваний.

Цели и задачи. Провести анализ хронической общесоматической патологии и оценить их общее состояние здоровья в динамике.

Материалы и методы. В данной работе представлен 25-летний опыт наблюдения за ликвидаторами последствий аварии на ЧАЭС.

Полученные результаты. Отмечена высокая заболеваемость лиц данной когорты болезнями сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, костно-мышечной систем и соединительной ткани. Характерно увеличение частоты психоневрологических расстройств, проявляющихся астеническими, вегетативными, депрессивными симптомами, хронической ишемией головного мозга. Анализ состояния здоровья ликвидаторов показал рост ишемической болезни сердца с различными нарушениями ритма, артериальной гипертензии с осложнениями. Ведущими в структуре болезней органов дыхания остаются ХОБЛ и бронхиальная астма. Патология органов желудочно-кишечного тракта представлена хроническим гастритом, эрозивным гастродуоденитом, язвенной болезнью, неспецифическим язвенным колитом. Среди патологии щитовидной железы преобладают диффузное увеличение, узловой эутиреоидный зоб, гипотиреоз, рак щитовидной железы. Результаты наблюдения также свидетельствуют о прогрессирующем росте онкологических заболеваний. Первое место занимают новообразования желудочно-кишечного тракта, на втором месте стоят органы дыхания, третье место приходится на мочеполовую систему и кожу. Количество лейкозов среди ликвидаторов за истекший период после аварии не возрастает. Значительных отклонений морфологического состава крови и костного мозга у лиц этой категории не отмечается. Выявляемость патологии, в основном, стабилизировалась, однако, установленные в ходе наблюдения заболевания не всегда эффективно поддаются лечебному эффекту.

Выводы. Основные результаты многолетнего наблюдения за состоянием здоровья ликвидаторов последствия аварии на ЧАЭС свидетельствуют о высоком уровне заболеваемости патологией сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, костно-мышечной систем и соединительной ткани, злокачественными новообразованиями, о росте тяжелых форм заболеваний и тенденции к снижению продолжительности жизни.

Ключевые слова: ХОБЛ, язвенный колит

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-8-T-1770 Тезис

Богова В.С., Маркина Л.Ю., Шелехова Т.В., Шелест Ю.А., Евзерова Т.В.

Лечение резистентных форм периферической Т-клеточной лимфомы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность. Стандартные режимы ПХТ, применяемые при В-клеточных лимфомах малоэффективны. Сведения об эффективности альтернативных вариантов терапии (гемзар, велкейд, алемтузумаб) достаточно разноречивы и поэтому вызывают закономерный интерес специалистов.

Цель. Изучение новых возможностей в лечении резистентных форм Т-клеточной лимфомы.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациента с первичнорезистентной формой генерализованной периферической Т-клеточной лимфомы.

Описание случая. Пациент В., 69 лет, диагноз: Периферическая Т-клеточная лимфома не уточненнная с поражением шейно-надключичных лимфоузлов с обеих сторон, внутригрудных лимфоузлов, селезенки, костного мозга, плевры (IV B ст).

Осл: Левосторонний экссудативный плеврит.

Диагноз поставлен на основании данных цитоморфологического исследования и проточной цитометрии аспирата костного мозга. В миелограмме выявлена лимфоидная гиперплазия (лимфоцитоз 71%). Иммунофенотип лимфоцитов соответствовал периферической Т-клеточной лимфоме не уточненной, с лейкемизацией (CD3+, CD4+, CD8+, CD23-, TCRαβ/CD3). В дебюте заболевания отмечался выраженный лейкоцитоз в периферической крови (до 700 х109/л), что обусловило выбор начальной терапии: лейкеран в дозе 16 мг в сутки, затем 2 сеанса лейкафереза, Эффекта от терапии не получено. В последующем проведено 2 курса ПХТ по схеме CHOP и 3 курса CHOEP-21 с частичным эффектом. В гемограммме сохранялся лейкоцитоз 70-80 х109/л, лимфоцитоз 91%, анемия (Нв 98г/л) и тромбопения 86 х109/л. Учитывая отсутствие полной ремиссии, проведено лечение по схеме dexa-BEAM, на фоне которого отмечено прогрессирование заболевания: нарастание лейкоцитоза, углубление анемии, появление гемотрансфузионной зависимости. Начата терапия бортезомибом. Проведено 8 курсов химиотерапии по схеме VD (велкейд 1,3 мг/м2, дексаметазон 20 мг внутрь).

Результаты. По схеме VD достигнута костно-мозговая ремиссия, подтвержденная морфологическим исследованием аспирата костного мозга. По данным УЗИ ОБП: размеры селезенки сократились до 125 и 48 мм. При проведении химиотерапии по схеме VD отмечено развитие нейтропении 2-3 степени и эпизод H. Zoster, что потребовало перерыва в химиотерапии, назначения противовирусных препаратов и однократного введения G-CSF.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности программы с включением ингибиторов протеасом (бортезомиб) у больных периферической Т-клеточной лимфомой.

Ключевые слова: резистентные формы Т-клеточной лимфомы

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-8-T-1772 Тезис

Богова В.С., Маркина Л.Ю., Шелехова Т.В., Евзерова Т.В.

Лечение пожилых пациентов с хроническим В-лимфолейкозом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность. Применение пуриновых аналогов и иммунохимиотерапии значительно увеличило частоту полных ремиссий и повысило выживаемость больных с ХЛЛ. Необходимость снижения токсичности химиотерапии при сохранении максимальной эффективности до сих пор представляет немалую проблему для онкогематологов и требует дальнейшего изучения.

Материалы и методы. Представлены результаты ретроспективного анализа лечения 63 больных с В-ХЛЛ в возрасте старше 65 лет с 2009 по 2011 годы. 1 группа (22 пациента) – первичные больные с ХЛЛ, 2 группа (41 пациент) – повторные больные. Медиана возраста была 66 и 68 лет соответственно. В первой группе преобладали пациенты с II стадией, во второй – пациенты с III стадией заболевания по Rai (модиф). Количество предшествующих курсов ХТ колебалось от 1 до 4. Обе группы пациентов получали лечение по следующим программам: монотерапия хлорамбуцилом, FC и RFC в сниженных дозировках:

1. FC – флударабин 20 мг/м2 1-3 дни, циклофосфан 150 мг/м2 1-3 дни.
2. RFC - ритуксимаб 375 мг/м2 1 день, флударабин 20 мг/м2 2-4 дни, циклофосфан 150 мг/м2 2-4 дни
3. Хлорамбуцил 4-6 мг в день или хлорамбуцил и преднизолон 40 мг в день.

Результаты. У большинства пациентов, пролеченных флударабинсодержащими курсами, была достигнута полная или частичная ремиссия. Резистентными оказались 5 больных, у которых развился ранний рецидив (в течение 6 месяцев после лечения). У 4-х пациентов терапия флударабином была прекращена в связи с развитием выраженного цитопенического синдрома (анемия, тромбопения III, IV ст). Общий ответ среди первичных пациентов, получающих лечение по программе FC и RFC, составил 69% и 74%, среди пациентов, получающих монотерапию хлорамбуцилом – 57%. Полная ремиссия – у 28%, 41% и 6% пациентов, частичная – 47 %, 33% и 51% пациентов соответственно. Среди повторных пациентов результаты лечения были несколько хуже. Общий ответ отмечен в 64% и 72% случаев у пациентов, получающих терапию по программе FC и RFC. Полная ремиссия - у 26% и 38% пациентов, получающих химиотерапию с включением флударабина. Среди повторных пациентов с ХЛЛ, получавших терапию хлорамбуцилом, общий ответ получен в 44% случаев, полной ремиссии не зафиксировано. Токсичность используемых режимов у пожилых пациентов первой группы, не превышала средние значения в данной популяции больных. Однако у предлеченных больных отмечалось повышение частоты нейтропении и тромбоцитопении.

Выводы. Использование у пожилых пациентов с В-ХЛЛ флударабинсодержащих режимов в сниженных дозировках более эффективно, чем терапия хлорамбуцилом. Токсические проявления могут быть купированы с помощью полноценной сопроводительной терапии.

Ключевые слова: В-лимфолейкоз, пожилые пациенты

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-8-T-1792 Тезис

Баурина Ю.О.

Суточные ритмы секреции гормонов щитовидной железы и кортизола у пациентов в фибрилляцией предсердий

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Цель: Изучить характер изменений суточной секреции тиреотропина (ТТГ), свободного трийодтиронина (Т3св) и кортизола у пациентов ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией (АГ) с пароксизмальной и персистирующей фибрилляций предсердий (ФП). На основе полученных данных подтвердить гипотезу о первостепенном значении в патогенезе ФП суточных колебаний гуморального статуса, по сравнению с уровнем гормонов крови в единицу времени.

Материалы и методы: Включаются больные ИБС и АГ, осложненной пароксизмальной или персистирующей формой ФП, находящиеся на лечении. В группу контроля вошли пациенты ИБС и АГ без нарушений ритма. Возраст больных варьирует от 56 до 79 лет. В настоящее время набрано 20 человек**.** Исследование находится в процессе, включение больных продолжается. Проводится лабораторное определение уровня ТТГ, Т3св и кортизола в сыворотке крови, взятой дважды в сутки (в 8.00 и 16.00) с использованием иммунохемилюминесцентного метода.

Результаты: Обнаружено, что у всех исследуемых пациентов секреция ТТГ и кортизола имеет сходный суточный ритм, с высокими значениями утром и низкими вечером. Значения не выходили за пределы нормы. Выявлено, что в группе ФП утренняя концентрация кортизола, а также амплитуда его колебаний в течение суток значимо выше, чем в группе контроля. Диапазон суточных изменений ТТГ также несколько выше в основной группе. Выявлено, что секреция Т3 также имела суточный ритм, периодичность которого резко различалась в группе с ФП и в контроле. У пациентов контрольной группы максимальные значения Т3св наблюдались в утренние часы, минимальные - в вечерние. В то время как у пациентов с ФП отмечалась обратная закономерность. Следовательно, можно говорить о том, что при ФП выявлена инверсия зависимости уровня Т3св от концентрации ТТГ.

З**аключение:** При нормальных исходных уровнях кортизола и тиреоидных гормонов у больных с ФП циркадные ритмы их принципиально отличаются, что позволяет полагать о важном значении данных колебаний в развитии ФП.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий; биоритмы

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-8-T-1797 Тезис

Михель Н.Д, Шварц Ю.Г.

Особенности личности и клинико-инструментальные показатели у пациентов с фибрилляцией предсердий

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской терапии лечебного факультета

Актуальность: Фибрилляция предсердий неоднократно рассматривалась с позиции психосоматической медицины, при этом остаются нерешенными вопросы о причинах ее возникновения у пациентов без значительных морфофункциональных нарушений, о взаимосвязи психических факторов личности и морфологических изменений в организме данных пациентов.

Цель: изучение у пациентов с ФП взаимосвязи между результатами лабораторно-инструментальных исследований и психологическими особенностями личности.

Материалы и методы: обследовались 62 пациента с ФП. Учитывались данные анамнеза, лабораторно-инструментальные исследования, психодиагностика включала: шкалы BPAQ, Big5, TCI-125, данные обработаны пакетом программ Statistica 6.

Результаты: При расчете канонической корелляции обнаружены взаимосвязи между показателями методик Big5 и BPAQ и параметрами Эхо-кг(r=0,69 и p=0,06) (r=0,8 и p=0,04) соответственно. Показатель «сознательность»(Big-5) кореллирует с признаком НК, ФК(r=-0,49), вероятно, при прогрессировании ХСН у пациентов снижается показатели целеустремленности, обязательности, пунктуальности и последовательности, показатель «поиск новизны» (TCI-125) кореллирует с размерами и объемами предсердий и желудочков, связи прямые средней силы.

Выводы: Нельзя исключить, что выраженность компонентов личности выявляемые методикам BPAQ, Big5, TCI-125, могут привести к активации механизмов, вызывающих увеличение конечных объемов и размеров сердца. Установленные взаимосвязи между психическими и соматическими параметрами необходимо более детально исследовать, для уточнения их генетической или фенотипической обусловленности.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, психодиагностика, УЗИ сердца

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Урология и андрология

ID: 2012-11-1276-T-1804 Тезис

Морозов Д.А., Жарков Д.А., Райгородская Н.Ю., Фадеева О.Е.

Пластика наружных гениталий при врожденной дисфункции коры надпочечников

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургии детского возраста им. проф. Н.В.Захарова

Вопросы выбора хирургических методик, оптимального для лечения возраста пациентов актуальны при коррекции вирилизированных гениталий девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников(ВДКН).

По данным проведенного ретроспективного анализа в Саратовском региональном центре патологии пола в период с 2001-2012гг. обследовано 89 пациентов с различными формами ВДКН и степенями вирилизации.

Хирургическая коррекция включала различные методики феминизирующей пластики - 78 операций. У 19% пациентов мы наблюдали вирильную, у 81% сольтеряющую формы ВДКН. Ведущие клинические синдромы: интерсексуальное строение наружных гениталий (увеличение клитора, гипоплазия малых половых губ, мошонкообразный вид больших половых губ) и электролитные нарушения при сольтеряющей форме. Степень вирилизации ранжировали по шкале A.Prader: 57 человек (70%) имели III степень вирилизации, 17 человек (21%) - II степень, 4 человека (5%) - IV степень, 3 человека (4%) - V степень. Из наблюдаемых нами девочек, трое после рождения при IV-V степени вирилизации зарегистрированы в мужском поле, после обследования им потребовалась смена гражданского пола.При коррекции гениталий II степени вирилизации применяли одноэтапную методику – у 17 пациентов. Первый этап феминизирующей пластики выполнен 68 (86%) детям, в 41 (60%) наблюдении применяли методику проф. Окулова А.Б. Возраст на момент операции от 7 мес. до 3 лет – 50 человека, от 3 до 10 лет – 11 человек. У 18 пациентов в ходе первого этапа резекция гомолога выполняли с сохранением дорзального сосудисто-нервного пучка. При втором этапе феминизирующей пластики 10 (12%) пациенткам выполняли эндоскопическое определение формы урогенитального синуса (УГС) и интроитопластику с использованием M-, Y-, U-образных кожных лоскутов промежности, вариант пластики выбирали в зависимости от формы УГС. Возраст на момент операции от 11 до 16 лет.

Выполнению хирургической коррекции должно предшествовать обязательное полное эндокринологическое обследование. Сохранение сосудисто-нервного пучка при выполнении первого этапа пластики (в возрасте от 7 мес. до 3 лет) позволяет получить хороший косметический результат с сохранением чувствительности клитора. Второй этап целесообразно выполнять в пубертатном периоде на фоне достаточной эстрогенизации и возможности мотивированного бужирования, что в последующем обеспечивает хорошую психосексуальную адаптацию пациентов в обществе.

Ключевые слова: пластика наружных гениталий

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-1276-T-1805 Тезис

Тарасенко А.И.

Эффективность дистанционной литотрипсии на аппарате «Sonolith I-SYS» при неосложненном нефролитиазе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии

За последние десятилетия в лечении мочекаменной болезни (МКБ) широкое применение, в связи с высокой эффективностью и малой инвазивностью, получила дистанционная литотрипсия (ДУВЛТ).

Цель исследования: определить эффективность электрокондуктивного метода генерации ударных волн при дистанционной литотрипсии на аппарате «Sonolith-I-sys» у пациентов с неосложненным нефролитиазом.

Материалом настоящего исследования послужили данные наблюдения за 129 больными нефролитиазом после дистанционной литотрипсии на аппарате «Sonolith-I-sys» находившихся на стационарном лечении в клинике урологии КБ им. С.Р.Миротворцева СГМУ. Продолжительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 17 лет и, в среднем, составила около 5 лет (67,38%). В исследование вошли пациенты от 25 лет до 60 лет, средний возраст которых составил 43,38±2,29 года, из них мужчин - 52,17%, женщин – 47,83%. Наиболее распространенной явилась локализация камней в лоханке – 52,17%. Конкременты нижнего и среднего бокалов встречались у 25% и 22,83% пациентов соответственно, что сопоставимо с литературными данными. В исследуемых группах наиболее часто встречались конкременты правой почки 47,82%, в то время как левосторонний характер локализации отмечался в 39,13%. В 13,04% отмечен двухсторонний характер нефролитиаза. Наименьшая плотность конкремента в наших исследования составила 480 единиц HU (единиц Хаунсфильда), максимальная - 1580 HU, размер варьировал от 0,6 см до 1,6 см. Средняя плотность конкремента составила 967,75±83,83 HU, размер камня - 1,04±2,5 см.

В 91% случае для дезинтеграции конкремента потребовался 1 сеанс ДУВЛТ, в 9% потребовалось выполнение двух и более сеансов ДУВЛТ, что свидетельствует о высокой клинической эффективности данной методики при лечении конкрементов почек.

Ключевые слова: литотрипсия, мочекаменная болезнь, нефролитиаз

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-1276-T-1806 Тезис

Тарасенко А.И.

Значение определения прогностических факторов неблагоприятного течения послеоперационного периода при дистанционной ударно-волновой литотрипсии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии

В структуре урологических заболеваний, мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из первых мест, составляя в среднем 34,2%. В связи с широким внедрением в практику малоинвазивных методов оперативного лечения МКБ, возрастает роль определения прогностических факторов неблагоприятного течения послеоперационного периода.

Цель исследования: определить эффективность дистанционной литотрипсии на аппарате «Sonolith-I-sys» у пациентов с неосложненным нефролитиазом, в зависимости от размера и плотности конкремента.

Материалом настоящего исследования послужили данные наблюдения за 129 больными нефролитиазом после дистанционной литотрипсии. Наиболее распространенной явилась локализация камней в лоханке – 52,17%. Конкременты нижнего и среднего бокалов встречались у – 25% и 22,83% пациентов соответственно. Средняя плотность конкремента составила 967,75±83,83 HU, размер - 1,04±2,5 см.

Выявлена четкая корреляция между кратностью сеансов литотрипсии и плотностью, а также размером конкрементов. В 90,69% случаев дезинтеграция конкремента достигнута после первого сеанса, при этом средний размер конкремента составила 0,89±0,28см., а плотность 758,98±18,63 HU. В 7,75% потребовался повторный сеанс, плотность и размер пациентов этой группы составили 1,3±0,93см и 1055,8±132,5 HU соответственно. В 1,55% для дезинтеграции потребовалось три и более сеанса, средний размер и плотность этой группы составила 1,45±0,55см и 1484±84 HU соответственно. В 93% 1-е послеоперационные сутки отмечалась макрогематурия, в 11% обструкция нижних отделов мочевых путей, ликвидированные с помощью медикаментозных и инструментальных методик.

Таким образом, оптимизация использования данного метода заключается в тщательном подборе пациентов с учетом размеров и плотности конкремента.

Ключевые слова: дистанционная литотрипсия, нефролитиаз

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Фармакология и фармация

ID: 2012-11-213-T-1737 Тезис

Таширова О.А., Раменская Г.В.

Изучение фармакокинетических свойств липофильных и гидрофильных производных тиамина

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кафедра фармацевтической и токсикологической химии

Липофильность и гидрофильность веществ оказывает сильное влияние на фармакокинетику лекарственных средств. Гидрофильные вещества по своим фармакокинетическим свойствам уступают липофильным. Они обладают низкой биодоступностью, обычно не превышающей 10% от принятой дозы, высокой степенью метаболизма и быстрым выведением. В связи с перечисленными недостатками для достижения терапевтических концентраций необходимо введение больших доз препарата. Поэтому в настоящее время производители лекарственных препаратов стараются создавать на основе гидрофильных молекул лекарственных веществ их липофильные производные. Так, например, на фармацевтическом рынке существуют липофильные формы витамина В1 (тиамина), который обладает гидрофильными свойствами.

Целью нашей работы было изучить фармакокинетику гидрофильной формы витамина B_1 – тиамина гидрохлорида и липофильной формы – бенфотиамина, и сделать вывод об эффективности использования данных препаратов. Для этого мы исследовали плазму крови здоровых добровольцев после однократного приема 100 мг тиамина гидрохлорида и бенфотиамина. Определение концентраций тиамина проводилось методом LC/MS. После обработки данных были получены следующие значения фармакокинетических параметров для тиамина гидрохлорида: C_{max}=317,3 нг/мл, T_{max}= 2,0 часа, AUC8h = 1335,0 нг*ч/мл, и для бенфотиамина: C_{max}= 677,4 нг/мл, T_{max}= 2,4 часа, AUC8h = 3202,8 нг*ч/мл. Из полученных данных видно, что максимальная концентрация и биодоступность бенфотиамина значительно выше, чем у тиамина гидрохлорида. Данное исследование и аналогичные ему позволяют оценить рациональность использования различных форм лекарственных препаратов и являются стимулом для проведения подобного рода исследований с целью оптимизации фармакотерапии.

Ключевые слова: тиамин, бенфотиамин, фармакокинетика

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

ID: 2012-11-213-T-1773 Тезис

Курбатов Е.Р., Чупина Т.А., Власова Н.А., Коркодинова Л.М., Котегов В.П.

Гипогликемическая активность замещенных амидов NH-Ароил-5-Бром(Йод)Антраниловых кислот

Пермская Фармацевтическая академия

Одной из актуальных проблем фармации, является синтез новых биологически активных соединений с низкой токсичностью. Производные антраниловой кислоты являясь природными соединениями проявляют широкий спектр фармакологической активности при малой токсичности.

Амиды NH-ароил-5-бром(йод)антраниловых кислот получены амидрованием 2-замещенных-6-бром(йод)-3,1-бензоксазин-4-онов с различными аминами в 95%-ном этаноле.

Это кристаллические вещества белого или белого с желтоватым оттенком цвета нерастворимые в воде, этаноле, растворимые в органических растворителях, таких как ДМСО, ДМФА. Строение полученных соединений подтверждено данными ЯМР ^{1}Н-спектров.

Синтезированные вещества исследованы на гипогликемическую активность. Уровень гликемии характеризовали глюкозооксидным методом. Содержание глюкозы в крови определяли до введения апробируемого соединения, а также после через 3 и 5 часов. В качестве препаратов – сравнения использовали пероральные гипогликемические средства: карбутамид («Букарбан», Chinoin) и гликлазид («Диабетон», Servier). В ходе исследования установлено, что амиды NH-ароил-5-бром(йод)антраниловой кислоты проявляют гипогликемический эффект. Из 18 исследованных соединений гипогликемическое действие с достоверными результатами проявляют 6 веществ(КЛК 1-6). Наиболее активными оказались: КЛК 1, который снижает уровень сахара в крови на 23,91 и 15,24% через 3 и 5 ч, соответственно; КЛК 2 уменьшение содержания глюкозы в крови происходит только на третьем часу эксперимента на 19,88%; КЛК 3 снижение уровня глюкозы для которого составляет 19,37% через 3 часа. Таким образом, замещенные амиды NH-ароил-5-бром(йод)антраниловых кислот являются перспективным классом соединений для поиска новых веществ с гипогликемической активностью.

Ключевые слова: гипогликемическая активность, амиды антраниловой кислоты

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

Хирургия

ID: 2012-11-24-A-1775 Оригинальная статья

Погосян К.Л., Горемыкин И.В.

Опыт применения метода Nuss для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургии детского возраста.

Резюме

Анализировалось влияние тяжести, наличия отдельных фенотипических признаков неспецифической дисплазии соединительной ткани (НДСТ) на выраженность и скорость прогрессирования воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) у детей. Обследовано 98 пациентов с ВДГК в возрасте от 4 до 18 лет. Степень ВДГК оценивалась по индексу Гижицкой (ИГ). Структура фенотипических признаков НДСТ определялась согласно M.J. Glesby (1989), степень тяжести НДСТ – по таблицам Л.Н. Фоминой (2000). Установлено, что степень ВДГК у детей в значительной мере ассоциирована с тяжестью НДСТ. Прогностически неблагоприятным фактором для быстрого прогрессирования ВДГК у детей является преобладание среди фенотипических признаков НДСТ костно-скелетных и суставных проявлений на фоне минимальных изменений со стороны кожи.

Ключевые слова: воронкообразная деформация грудной клетки, опыт применения метода Nuss

Введение

Воронкообразная грудь является наиболее частой деформацией грудной клетки и, по данным различных авторов, встречается у 0,6-2,3% населения, составляя 91% от всех врожденных пороков развития грудной клетки. Этиология воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) до настоящего времени окончательно не установлена, но в ее развитии значительное место отводится наследственной предрасположенности, генетическим дефектам развития. Следует отметить, что ВДГК является одним из фенотипических признаков синдрома неспецифической дисплазии соединительной ткани (НДСТ), наличие которой у детей привлекает все более пристальное внимание клиницистов. Это связано с тем, что именно врожденные и наследственные аномалии соединительной ткани могут служить основой развития многих патологических состояний у детей, оказывать негативное влияние на течение заболеваний и реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде. Однако соотношения между тяжестью НДСТ, наличием ее различных фенотипических признаков и выраженностью ВДГК в различном возрасте у детей изучены недостаточно. В последние 10 лет во многих клиниках широко используется торакопластика по методу Доналда Насса. Применение этой малоинвазивной техники значительно расширило круг оперируемых пациентов, так как отказ от резекции реберных хрящей, стернотомии и сокращение операционного доступа и кровопотери чаще позволяют рассматривать косметические и психологические показания к лечению в качестве основных. Появление в клинике детей с полным спектром ВДГК сделало возможным провести анализ сочетаемости различных фенотипических признаков НДСТ с тяжестью деформации. По нашему мнению, эта сочетаемость может в определенной степени служить одним из критериев оценки скорости прогрессирования заболевания и использоваться для выбора оптимальных сроков оперативного вмешательства.

Цель: Сопоставить тяжесть, наличие отдельных фенотипических признаков НДСТ с выраженностью, скоростью прогрессирования ВДГК у детей.

Материал и методы

В исследование включены 98 детей в возрасте от 4 до 18 лет, находившихся на лечении в клинике детской хирургии, факультетской педиатрии и госпитальной педиатрии Саратовского государственного медицинского университета в период с 2000 по 2012 гг. с диагнозом ВДГК в качестве основного и сопутствующего. С целью уточнения диагноза ВДГК проводилось комплексное клинико-рентгено-функциональное обследование: клинический осмотр, лабораторные методы исследования, торакометрия, фотографирование, инструментальные (ЭКГ, УЗИ сердца, рентгенография и КТ грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания). Степень деформации грудной клетки оценивалась по индексу Гижицкой и индексу Haller в случаях, когда выполнялась КТ грудной клетки. В настоящее время мы считаем необходимым выполнение КТ грудной клетки в предоперационном периоде, поскольку это объективно отражает степень компрессии сердца и легких, смещения средостения, наличия ателектазов и винтообразной деформации грудины. Структура фенотипических признаков НДСТ определялась согласно M.J. Glesby (1989), степень тяжести НДСТ – по таблицам Л.Н. Фоминой (2000).

	Всего пациентов
• Воронкообразная деформация	98
• Оперировано	81 (82,6%)
• Сочетание с килевидной деформацией	5 (5,1%)
• Соотношение мальчики/девочки	4 (5%)
• Прослеживаемая наследственность	28 (28,6%)
• Сочетание со сколиозом	37 (37,8%)
• Синдром Марфана	4 (4,1%)
• Марфаноподобный тип	11 (11,2%)
• Синдром Элерса-Данлоса	2 (2%)
• Другие признаки НДСТ	35 (35,3%)
• Фиброателектаз	3 (3%)
• Боли за грудиной при физ.нагрузке	48 (48,7%)

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

- Одышка в покое 1 (1%)
- Одышка при минимальной физической нагрузке 15 (15,3%)
- Частые простудные заболевания 36 (36,7%)
- Снижение дыхательного объема 65 (65,8%)
- Аритмия 12 (12,3%)
- Пролапс митрального клапана 9 (9,2%)

В большинстве случаев ВДГК может диагностироваться сразу после рождения ребенка. По мере роста примерно у половины детей ВДГК прогрессирует. Деформация может появляться и в более старшем возрасте, обычно в момент ускоренного роста, что совпадает с пубертатным периодом. Причины, вследствие которых у одних детей наблюдается быстрое прогрессирование ВДГК, а у других оно отсутствует, остаются не совсем понятными и требуют детального анализа.

В таблице 1 представлено распределение детей по степени ВДГК в различных возрастных группах. Анализируя полученные данные, можно отметить, что с увеличением возраста частота встречаемости тяжелых форм ВДГК возрастает. Количество детей с ВДГК I степени, обратившихся за медицинской помощью в возрасте 16-18 лет, было выше в 2 раза, чем число детей в возрасте 8-15 лет. Результаты опроса детей показали, что данные различия обусловлены тем, что после полового созревания дети в большей мере акцентированы на своих внешних данных и хотят исправить недостатки своей внешности. Суммируя полученные данные, можно сделать заключение, что у трети детей I степень ВДГК может сохраняться на протяжении 18 лет, в то время как в 70% случаев наблюдается прогрессирование той или иной выраженности.

Таблица 1. Распределение детей по степени ВДГК в различных возрастных группах

Степень деформации по индексу Гижицкой	Возраст обследованных (лет)							
	4-7 лет		8-11 лет		12-15 лет		16-18 лет	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I степень (n=20)	6	30,0	4	20,0	3	15,0	7	35,0
II степень (n=45)	8	17,7	16	35,5	13	28,8	8	17,7
III степень (n=33)	2	6,0	6	18,1	10	30,3	15	45,4

Таблица 2. Соотношение степени ВДГК с тяжестью синдрома НДСТ

Группы обследованных (Степень ВДГК)	Тяжесть НДСТ (баллов)			
	Костно-скелетные проявления	Суставные проявления	Кожные проявления	Суммарная оценка тяжести НДСТ
		Возраст 4-7 лет		
1	7,3±0,9	4,8±0,6	6,1±0,9	16,7±2,2
2	12,6±1,3	11,7±0,9	4,6±0,8**	28,7±1,2
3	23,2±1,4	11,1±2,4**	2,2±0,2**	34,6±1,8
		Возраст 8-11 лет		
1	7,1±0,6	3,4±0,8	2,8±0,7*	13,4±2,1
2	9,3±0,7	6,4±0,8*	3,2±0,4	20,5±1,1*
3	16,1±1,7*	9,8±1,0**	1,8±0,4**	26,9±1,6*
		Возраст 12-15 лет		
1	6,1±0,8	5,9±0,4	4,8±0,3	16,7±2,2
2	8,6±0,9	7,4±1,0*	3,2±0,6**	18,7±1,6
3	6,6±0,9*	7,3±0,2*	5,9±0,6*	20,4±1,8*
		Возраст 16-18 лет		
1	6,1±0,9	3,8±0,4	2,7±0,6**	12,4±0,9
2	6,4±0,6*	4,0±0,8*	3,7±0,4**	14,3±1,1*
3	7,3±0,6*	5,8±0,4*	6,1±0,8**	18,7±1,2

* - достоверность различий с группой детей в возрасте 4-7 лет (P<0,05)
** - достоверность различий с костно-скелетными проявлениями НДСТ

В ходе выполнения работы была проанализирована взаимосвязь между степенью ВДГК и тяжестью НДСТ (таблица 2). Наличие тяжелых форм НДСТ ассоциировалось с выраженной ВДГК уже в раннем детском возрасте. С увеличением возраста тяжесть НДСТ, на фоне которой регистрировалась ВДГК III степени, существенно снижалась. Можно констатировать, что тяжелые формы НДСТ способствуют развитию выраженной ВДГК у детей в более раннем возрасте.

Среди факторов, способствующих быстрому прогрессированию ВДГК у детей с НДСТ следует выделить не только ее тяжесть, но и структуру соотношений между отдельными фенотипическими признаками. Согласно современной классификации, наиболее характерными внешними фенотипическими признаками соединительной дисплазии являются: костно-скелетные: астенический тип конституции, готическое небо, долихоцефалия, сколиоз, кифоз и т.д.; суставные аномалии: гипермобильность суставов, арахнодактилия, плоскостопие и т.д.; кожные проявления: тонкая просвечивающая и легко ранимая кожа, повышенная потливость, легкость образования кровоподтеков, кожные стрии и т.д.

Анализ данных, представленных в таблице 2, показывает, что у детей с ранними тяжелыми формами ВДГК среди фенотипических признаков НДСТ преобладали костно-скелетные и суставные аномалии развития. Аналогичные соотношения фенотипических признаков НДСТ отмечались при II степени ВДГК в младшей возрастной группе. Важно отметить, что при III степени ВДГК в возрасте 16-18 лет соотношения между выраженностью различных фенотипических признаков НДСТ существенно

менялись и вклад костно-скелетных, суставных и кожных проявлений НДСТ в суммарную оценку ее тяжести был практическим равным.

Таким образом, прогностически неблагоприятным фактором для быстрого прогрессирования ВДГК у детей является преобладание среди фенотипических признаков НДСТ костно-скелетных и суставных проявлений на фоне минимальных изменений со стороны кожи.

Именно эта группа пациентов требует ранней оперативной коррекции деформации для обеспечения нормального развития сердечно-легочной системы.

- Основные показания к выполнению торакопластики:
- Индекс Гижицкой менее 0,6 или КТ индекс Haller более 3,2;
- Выраженные нарушения сердечной деятельности по данным ЭКГ и УЗИ; уменьшение жизненной емкости легких, наличие ателектазов.
- Быстрое документированное прогрессирование деформации.

Вышеперечисленным критериям соответствовало около 35% наших пациентов. Нужно отметить, что при умеренной воронкообразной деформации (1 и 2 степени по Гижицкой) и явном психологическом дискомфорте подростков мы считали оперативное лечение оправданным, более того, косметичекий дефект служил причиной операции у большинства наших пациентов – 53(65,4%). Из 98 пациентов 67 были оперированы по методу D.Nuss, 14 пациентам до 2005 года выполнена торакопластика с резекцией реберных хрящей, стернотомией и ретростернальной металлофиксацией (по Wallgren - Sulamaa). Родители 17 пациентов отказались от операции по разным причинам.

При выполнении хирургического вмешательства основными отличиями от методики, предложенной Доналдом Нассом в 1998 году были:

- Проведение корригирующей пластины слева направо, что снижает риск повреждения перикарда (А.Ю.Разумовский).
- Пальпаторный контроль проводника в правом гемитораксе для предотвращения повреждения легкого.
- «Моделирование» грудной клетки перед установкой пластины на прочном металлическом проводнике.
- Фиксация пластины не к ребрам, а формированием мышечного тоннеля, так как при установке в «нужном» межреберье отсутствует тенденция к смещению.

Использовались пластины типа Лоренца из никелида титана ТН1 «нитинол» ЗАО «КИМПФ» г. Москва и ООО «Остеосинтез» г. Рыбинск, которые устанавливались сроком на 2 года. Торакоскопический контроль не применялся. В настоящее время остается дискутабельной необходимость использования стабилизаторов опорной пластины, а также одновременно двух и более пластин для коррекции выраженной деформации. Исходя из нашего скромного опыта (8 пациентов), стабилизатор позволяет использовать пластины меньшей длины, распределяя опору на соседние ребра. При этом в случаях явной тенденции пластины к осевому повороту стабилизатор не сможет удержать ее даже при фиксации непосредственно к реберному каркасу.

Треть вмешательств потребовала эпидуральной анестезии. Во всех случаях использовался комбинированный эндотрахеальный наркоз. За 30 мин. до разреза внутривенно вводилась суточная доза антибиотиков (меронем). Инфицирования опорной пластины не отмечено.

Фактически у всех оперированных по методу Д.Насса детей пневмоторакс был купирован однократной двусторонней плевральной пункцией, выполненной непосредственно на операционном столе по окончании вмешательства. Дренирования плевральной полости не требовалось. Отсутствовала и интраперационная кровопотеря.

В раннем послеоперационном периоде продолжена внутривенная антибиотикотерапия (4-5 сут), проводилась ранняя активизация пациентов и курс дыхательной лечебной гимнастики для предотвращения пневмонии. Интенсивный болевой синдром у детей старшей возрастной группы потребовал введения наркотических аналгетиков на протяжении 2-3 суток.

Ранние осложнения малоинвазивной торакопластики:

- Интраоперационный пневмоторакс, купированный пункцией в конце вмешательства – 67 (100%),
- Раннее смещение пластины, потребовавшее повторной операции – 1 (1,5%),
- Пневмония – 6 (8,9%).

Результаты

Средний возраст оперированных пациентов составил 14,5 лет. Средняя продолжительность операции Насса была 50 минут. Летальных случаев и повреждений сердца и крупных сосудов не было. Хороший косметический результат к окончанию вмешательства наблюдался у 58 (86,5%) пациентов. В настоящее время корригирующая пластина удалена у 45 больных. Наилучший косметический результат достигался у пациентов до 12 лет с эластичным реберным каркасом, хотя среди наших больных большинство 46 (68,6%) на момент операции были старше 12 лет.

Поздние осложнения малоинвазивной торакопластики:

- Серома - 3 (4,47%),
- Рецидив после удаления пластины - 3 (4,47%),
- Килевидная деформация после удаления пластины - 2 (2,9%),
- Гиперкоррекция - 1 (1,4%),
- Деформация ребер опорной пластиной - 4 (5,9%),
- Болевой синдром - 6 (8,9%).

В нашей работе мы придерживались рекомендации Д. Насса удалять пластину не ранее двух лет после установки, при этом удаление пластины должно быть максимально приближено к пубертатному возрасту. Тем не менее, у 2 детей развился рецидив воронкообразной деформации хотя и меньшей степени тяжести. В 1 случае была выполнена повторная коррекция (ребенок 7 лет), родители второго пациента от предложенной повторной операции отказались. Причиной рецидивов, по нашему мнению, явилась слишком «высокая» установка корригирующей пластины, иногда приводящая у детей до 7 лет к развитию манубриокостальной килевидной деформации в сочетании с сохраняющейся воронкообразной деформацией в области мечевидного отростка. У двух

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

мальчиков с сочетанием воронкообразной и килевидной деформации после удаления пластины пришлось выполнить стернохондропластику с удалением хрящей ребер, участвующих в формировании килевидной деформации.

Обсуждение

Мы представили наш первый опыт применения метода Д.Насса в то время как в литературе говорится о тысячах оперированных пациентов. Тем не менее, можно констатировать, что любой вариант воронкообразной деформации грудной клетки может быть корригирован с применением этого метода. Рецидивы и возникновение килевидной деформации на момент удаления пластины отмечены у детей с выраженными фенотипическим признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Заключение

Мы считаем возраст 8-12 лет оптимальным для операции, хотя у детей с тяжелыми формами НДСТ и быстро прогрессирующей ВДГК раннее вмешательство (4-6 лет) является основой для нормального развития сердечно-легочной системы.

Литература

1. Васильев Г.С., Горицкая Т.А., Полюдов С.А. Дифференцированный подход к методу стабилизации грудины при хирургическом лечении воронкообразной деформации грудной клетки у детей // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1991. - №12. – С. 39-42.
2. Виноградов А.В., Тиликин А.Е. Модификация торакопластики по Nuss при воронкообразной деформации грудной клетки у детей // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: Конф. детских травматологов-ортопедов России. – М., 2001. – С.230.
3. Губа А.Д., Шатохин В.Д. Оптимизация и стандартизация оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки. // Материалы всероссийской научно-практической конференции «Клиника, диагностика и лечение больных с врожденными аномалиями развития». г. Курган, 24-25 мая, 2007. – С.67-69.
4. Дисплазия соединительной ткани: Материалы симпозиума / Под ред. Г.И. Нечаевой. – Омск: ОГМА, 2005. – 250 с.
5. Дюков А.А. Выбор метода хирургического лечения врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей: Авт. дис…. канд. мед. наук. – Иркутск, 2007. – 22 с.
6. Королев П.А., Рудаков С.С., Колеров М.Ю. Радикальная торакопластика из малого доступа пи воронкообразной деформации грудной клетки // Материалы Всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». – Санкт-Петербург, 2010. – С.508.
7. Некрасов Е.Г., Виноградова И.А., Казакова О.В. Лечение врожденных деформаций грудной клетки у детей // Проблемы современной детской хирургии. Научные труды детских хирургов России. – Челябинск, 1999. – С.59.
8. Нечаева Г.И., Яковлев В.М., Конев В.П., Друк И.В., Морозов С.Л. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение // Лечащий врач. – 2008. - №2. – С.22-25.
9. Ishikawa T., Sakuraba K. Biochemical markers of bone turnover. New aspect. Bone metabolism movement in various sports and physical activities // Clin Calcium., 2009. - Vol. 19. - No. 8. - P. 1125-1131.
10. Saito M. Biochemical markers of bone turnover. New aspect. Bone collagen metabolism: new biological markers for estimation of bone quality // Clin Calcium., 2009. - Vol. 19. - No. 8. - P. 1110-1117.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 11

ID: 2012-11-24-T-1795 Тезис

Алипов В.В., Беляев П.А., Добрейкин Е.А., Урусова А.И.

Оценка сочетанного применения наночастиц меди и низкоинтенсивного лазерного излучения на ожоговую рану в эксперименте

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Одним из актуальных и перспективных направлений в современной медицине является применение лазерных технологий, в частности низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) с использованием наночастиц металлов.

Цель исследования - изучение сочетанного применения наночастиц меди и низкоинтенсивного лазерного излучения на процессы заживления моделированной ожоговой раны.

Материал и методы. Под комбинированным наркозом в результате лазерного воздействия на кожу 40 крыс в межлопаточной области создавали ожог IIIБ степени. После инфецированния термической раны в течение 14-ти дней проводили лечение низкоинтенсивным лазерным излучением (серия 1), маслянной эмульсией наночастиц меди (2), сочетанным воздействием лазера и наночастиц (3), левомиколем, как препаратом сравнения (4) и контрольная (5).

Обсуждение результатов. В группе животных при лечении суспензией наночастиц меди площадь ран уменьшилась, что сопоставимо с результатами лечения левомиколем. При лечении лазером отмечено появление грануляций и краевая эпитализация. Бактериальная обсемененность при местном применении наночастиц меди исчезла к 7-м суткам, при лазерном излучении к 9-м суткам, тогда как в группе контроля она сохранялась до 14-ти суток наблюдения. Обсемененность гнойных ран при использовании наномеди в сочетании с НИЛИ исчезла к 7-м суткам, в ране появляется грануляция и краевая эпителизация.

Заключение. Снижение количества микроорганизмов в ране, максимально выраженное в группе животных, которым проводили сочетанное лечение лазерным излучением и наномедью, подтверждает выявленный в экспериментах in vitro факт усиления лазерным излучением бактерицидного действия наночастиц меди. Данные исследований с применением планиметрических и микробиологических методов исследования указывают на достаточно высокую эффективность сочетанного применения наночастиц и лазерного излучения, по срокам и полноценности эпителизации раны превосходящую стандартные способы лечения.

Ключевые слова: инфицированные раны кожи, наночастицы меди, лазерные технологии, мазь «Левомиколь».

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012