

ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Материалы 73-й итоговой научной студенческой
конференции СНО им. И.И.Мечникова

ИРКУТСК
2006

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯМИ <i>Ангарская Е.Г., Миролобова Е. А</i>	5
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА <i>Гома Т. В.</i>	6
К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ УНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛИТРАВМЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Зимица Л.А.</i>	7
СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Мистяков М. В.</i>	8
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ КОМПЛЕКСОМ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ <i>Семечкина В.С., Рысухина М.В</i>	10
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В Г. ИРКУТСКЕ <i>Казанков И.Ю., Бобряков Н.А., Максимов К.П., Чипизубов В.А.</i>	11
ОСОБЕННОСТИ ИСХОДОВ РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ РОДОСТИМУЛЯЦИИ <i>Сынтинцун Н.С., Карпова Н.Ю.</i>	12
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТВУЗС И ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЭНДОМЕТРИИ <i>Усольцева Е.Н., Заяц Е.Ю.</i>	12
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКО <i>Ветрова М.В., Федорова М.С</i>	13
 СЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	
ИЗМЕНЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА <i>Барданова О. В.</i>	15
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ <i>Променашева Т.Е., Федорова Л.Е.</i>	15
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА <i>Рагоза А.С.</i>	17
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ У ЛЮДЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ УТРАТУ <i>Рожков А.В.</i>	17
СВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Федорова Л.Е., Променашева Т.Е., Чайкисов Ю.С.</i>	18

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

КОМПЛЕКСОНЫ В МЕДИЦИНЕ

Александрова М.А.20

ВЛИЯНИЯ α -ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА ВЫЗВАННЫЕ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Лалетин В.С.21

ASPECTS BIOCHIMIQUES DE LA MORT SUBITE À LA SUITE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L.A.Zimina22

THE INFLUENCE OF CARBOPLATIN, METHOTREXATE, CYCLOPHOSPHAMIDE AND EPIRUBICIN ON GLUTATHIONE SYSTEM ON THE BACKGROUND OF α -LIPOIC ACID INJECTION

Laletin V.S.23

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

РОЛЬ ОТБЕЛИВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ

Дружинина И.В., Трифонов А.А.25

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОКРЫВНЫМИ СЪЁМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Куликова М.Н., Рудченко А.С.26

ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УРОВНЯ РЕЖУЩИХ КРАЕВ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ НА ВНЕШНИЙ ВИД ПАЦИЕНТА

Куликова М.Н.27

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА И СРЕДСТВ ПО УХОДУ ЗА ЗУБАМИ

Поймова Я.Д., Опарина Е.В., Колесникова Л.Р., Семенова О.С.28

МИНИМАЛЬНАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ФИССУР И ВЫБОР ГЕРМЕТИКА

Салькова С.Ю.29

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТРЕЙНЕРОВ

Т.Г.Хорёнова29

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ31

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯМ

Ангарская Е.Г., Миролюбова Е. А.

Научный руководитель: доц. Т.В. Аснер

кафедра пропедевтики внутренних болезней

Серонегативные спондилоартропатии (ССА) представляют группу хронических воспалительных ревматических заболеваний, зачастую проявляющихся перекрестными синдромами. Они включают: анкилозирующий спондилоартрит (наиболее типичный представитель); реактивные артриты; артриты, ассоциирующиеся с псориазом, болезнью Крона, язвенным колитом; формы ювенильного хронического артрита; при наличии так называемых оверлап синдромов принято говорить о недифференцированном спондилоартрите. Все ССА являются системными заболеваниями, включающими поражение периферических суставов, энтезисов, осевого скелета, внутренних органов.

Важным поражением внутренних органов при всех ССА, существенно отягощающим течение болезни и определяющим ее прогноз, является вовлечение сердечно-сосудистой системы. В литературе описываются различные поражения сердечно-сосудистой системы при этих заболеваниях. Считают, что наиболее тяжелые из них ассоциируются с HLA-B27 (Bergfeldt L., 1997).

Цель нашего исследования: представить клинико-инструментальную характеристику сердечно-сосудистых поражений при различных серонегативных спондилоартропатиях.

Материалы и методы: методом сплошной случайной выборки проведено одномоментное исследование больных, страдающих ССА по оригинальной карте, всего 116 больных, преимущественно мужчины - 80 (69%) пациентов, женщин - 36 (31,0%) человек. Из них с анкилозирующим спондилоартритом (болезнью Бехтерева - ББ) - 62 (66,4%) пациента; недифференцированным спондилоартритом (НСА)- 36 (31,0%) человек и с псориатическим спондилоартритом (ПСА)- 3 (2,6%) больных. Диагноз выставлен согласно критериям В. Amor (1995). Все пролечены в ревматологическом отделении ГКБ № 1, где им проведено клиническое обследование общепринятое в ревматологии. Исследование сердечно-сосудистой системы проводилось клинически, инструментальные методы включали электрокардиографию, при показаниях - эхокардиографию; статистическая обработка проводилась с использованием t критерия Стьюдента.

Обсуждение.

Все больные, включенные в исследование, имели достоверный диагноз согласно критериям В. Amor. Суставной синдром был представлен периферическим артритом, который наиболее часто наблюдался у больных с ПСА (66,6%) и в наименьшей степени у больных ББ (31%); поражением позвоночного столба, который чаще вовлекался у больных ББ (80%) и ПСА (66,6%); илеосакральных сочленений у больных ББ он был преимущественно симметричным (93%).

Клинико-инструментальное обследование показало, что сердечно-сосудистая система вовлекалась в патологический процесс у 79% больных, страдающих ББ; у 83% пациентов с НСА и у 100%, имеющих ПСА.

Основными жалобами, предъявляемыми больными были: боли в области сердца, преимущественно по типу кардиалгий, перебои в области сердца, сердцебиение, одышка.

При электрокардиографическом исследовании выявлено, что наиболее частыми нарушениями ритма являлись блокады, которые встретились более чем у 1/3 больных с ББ (36%) и более чем у 1/4 (28%) больных с НСА. Преимущественно это были блокады ножек пучка Гиса, А-В блокада 1 степени, межпредсердная блокада. Наблюдались также синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, фибрилляция предсердий. Почти у половины больных с ББ и НСА (42% и 41%, соответственно) отмечались нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка, которые, вероятно, можно рассматривать как проявления дистрофических изменений в миокарде.

Эхокардиографическое исследование выявило гипертрофию миокарда левого желудочка (у 1 больного с ББ) и диастолическую дисфункцию (у 1 больного с НСА), артериальной гипертензии у этих пациентов не было. У 1 больного с ББ диагностирован пролапс митрального клапана, у 1 пациента с НСА определена регургитация на аортальном клапане.

Таким образом, поражение сердечно-сосудистой системы встречается у большинства больных, страдающих ССА; необходимо тщательное клинично-инструментальное обследование их с целью раннего выявления указанных патологических изменений и своевременной терапии.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА

Гома Т. В.

Научные руководители: доц., д. м. н. Хамнуева Л. Ю., асс. Андреева Л. С.

курс эндокринологии

Цель работы: изучить риск развития коронарных событий на ближайшие 10 лет с помощью математической модели PROCAM у мужчин и у женщин, страдающих сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: было обследовано 60 больных СД 2 типа, находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии ГУЗ ИГОКБ, из них женщин - 43 (72%), мужчин - 17 чел (28%), средний возраст - $54 \pm 5,48$ лет. Определялась глюкоза натощак (среднее за 5 исследований). Оценка риска коронарных событий осуществлялась с помощью математической модели исследования PROCAM в виде компьютерной программы CERCA (Coronary Events Risk Calculator). Для статистического анализа использовалась программа Statistica 6,0.

Результаты: Средний риск развития коронарных событий у больных СД 2 типа составил $36,4 \pm 28,5$ % [$M \pm sd$], что соответствовало группе высокого риска. У мужчин риск был выше $46,3 \pm 30,4$ %, чем у женщин $32,5 \pm 27,1$ % (критерий Wald-Wolfowitz, $p < 0,05$). На увеличение риска коронарных событий у мужчин оказывало основное влияние курение (у некурящих риск - $31,9 \pm 25,8$ %, у курящих - $52,0 \pm 30,9$ %, $p < 0,05$). У мужчин и у женщин, страдающих СД 2 типа, на увеличение коронарного риска в равной степени оказывали влияние ХС ЛПНП (жен - $3,97 \pm 1,3$, муж - $4,02 \pm 1,1$ ммоль/л [$M \pm sd$]), ХС ЛПВП ($1,12 \pm 0,3$; $1,05 \pm 0,3$ ммоль/л), ТГ ($2,22 \pm 1,3$; $1,97 \pm 0,7$ ммоль/л), АД ($142,67 \pm 23,6$; $140,00 \pm 24,0$ мм. рт. ст.), среднего уровня глюкозы натощак ($10,77 \pm 5,0$; $10,25 \pm 4,6$ ммоль/л), наличия коронарных событий в анамнезе у близких родственников ($44,2$ %; $70,6$ % соответственно), $p > 0,05$.

Выводы: Мужчины и женщины, страдающие СД 2 типа, входят в группу высокого риска развития коронарных событий. На увеличение риска развития коронарных событий у мужчин оказывает значимое влияние факт курения.

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ УНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛИТРАВМЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Зими́на Л.А.

Научный руководитель: проф., д.м.н., Ю.С.Исаев

кафедра судебной медицины и права

В настоящее время ввиду достаточно высокой частоты травматизма в виде сочетанной или комбинированной травмы, последние представляют значительный интерес, как для клиницистов, так и для морфологов, поскольку являются urgentной патологией с высокой степенью летальности, не имеющей тенденции к снижению. По данным Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы сочетанная травма в среднем составляет 4,5% от общей смертности, 23,13% от всей механической травмы, а на долю пострадавших с тупой сочетанной травмой, поступивших из лечебных учреждений, от общего числа трупов с сочетанной травмой приходится 22,42%. Проблема адекватной оценки степени тяжести травмы и прогноза для жизни в медицине катастроф до настоящего момента не снята ввиду сложного и неоднозначного патогенетического континуума травматической болезни. Нет единой доктрины, которая позволила бы быстро, просто и объективно определить тяжесть состояния пострадавшего и достоверно оценить прогноз травмы.

В работе преследуется целью разработать единую квалиметрическую шкалу, которая даст возможность с уверенностью судить о степени врачебного риска в ситуации с пациентом, пострадавшим от политравмы. Исследование проводится по материалам судебно-медицинской документации в период за 1996-2006 гг. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: определить спектр критериев, которые возможно было бы использовать в качестве достоверных при рассмотрении и оценке патогенеза травмы; исходя из варианта танатогенеза, выделить ведущие его триггеры, и, учитывая синдром взаимного отягощения, ретроспективно оценить целесообразность объема фактически оказанной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, объема оперативного пособия и оптимальность сроков их выполнения; выделить группы наиболее часто встречающихся повреждений и сопоставить их с теми нозологическими формами, которые предложены в МКБ-10 для удобства их морфологического кодирования.

Результатом данной работы станет разработанная качественно новая шкала, позволяющая прогнозировать степень летального исхода, что несомненно актуально на сегодняшний день для врача, поскольку в свете стремления пациентов к американской модели «сутяжничества» крайне важно защитить права лечащего врача. По данным медико-правового центра ИГМУ ведущей причиной конфликтов являются критические высказывания со стороны медицинских работников в отношении качества оказанной медицинской помощи другим медицинским работником. Это является одним из признаков так называемой американской модели медицинского права, которая характеризуется страхованием профессиональной ответственности в виде взносов в размере 25% от заработной платы, сутяжничеством, выделением специальностей высокого риска, неравномерностью восстановления права. Применительно к политравме, основой для конфликтов являются разногласия в определении степени тяжести сочетанной травмы и прогноза летального исхода. Таким образом, внедрение унифицированного подхода к классификации политравмы в клинической и судебно-медицинской практике позволит свести к минимуму такие необоснованные конфликты и будет способствовать формированию европейской модели медицинского права, которая характеризуется подробнейшей регламентацией не только правовых аспектов, но и унифицированностью и преимуществом стандартов оказания медицинской помощи и алгоритмов постановки клинического и судебно-медицинского диагнозов. Медицинский риск является составной частью медицинских манипуляций. Избежать реализации медицинского риска невозможно из-за индивидуального реагирования каждого больного и

отсутствия шаблонного развития каскада декомпенсированных патологических сдвигов в организме пострадавшего с сочетанной или комбинированной травмой.

На сегодняшний день существует много шкал, таблиц и формул, основанных на разнообразных методологических подходах, в основе которых лежит попытка объективизации степени тяжести травмы. Формирования возможных осложнений, обоснования прогностических критериев к оценке врачебного риска при оказании медицинской помощи. Мы считаем, что в идеале, при оценке степени тяжести травмы следует учитывать, помимо возраста, синдром взаимного отягощения, степень травматического и геморрагического шоков, фоновую патологию, конкурирующие заболевания, состояние алкогольного либо наркотического опьянения, при которых быстрее истощаются возможности компенсационных систем, а также период времени, прошедший до оказания специализированной врачебной помощи. Всё это позволит определить объем оперативных вмешательств, их сроки и целесообразность их проведения. При судебно-медицинском исследовании трупов с политравмой, поступающих из лечебных учреждений, мы сталкиваемся с невозможностью ретроспективно проследить патологические механизмы с позиции существующих оценочных шкал состояния травматического больного, поскольку представленная медицинская документация не позволяет восстановить все звенья патогенетического процесса в единый вариант танатогенеза у больного с сочетанной травмой. Вышесказанное подтверждает, что результат нашей работы по созданию единой унифицированной шкалы оценки тяжести сочетанных травматических повреждений несомненно будет иметь прикладной аспект и в известной степени обеспечит правовую защищенность врача и его подведомственного персонала в экстремальной медицине и медицине катастроф.

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мистяков М. В.

Научный руководитель: доц., к. м. н. Л. Ю. Хамнуева, асс. Л.С. Андреева

курс эндокринологии

Заболееваемость сахарным диабетом во всем мире имеет неуклонную тенденцию к росту, к примеру, в РФ в 2003 г. она составила 166:100 000 населения, а распространенность в тот же период 1914: 100 000 населения. Таким образом, в России насчитывается порядка 8 млн. больных сахарным диабетом, а к 2010 г. прогнозируется рост их числа до 13 млн.

Сахарный диабет — системное гетерогенное заболевание, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом инсулина, что в начале вызывает нарушение углеводного обмена, а затем и всех видов обмена веществ. В результате этого развиваются грозные осложнения, которые приводят к высокой смертности и ранней инвалидности больных.

Однако не все так пессимистично. Результаты масштабных клинических исследований (DCCT — Diabetes Control and Complication Trial и UKPDS — United Kingdom Prospective Diabetes Study) говорят о том, что жесткий контроль уровня глюкозы в крови значительно замедляет развитие осложнений. Следовательно, лечить можно и нужно.

Основные цели лечения:

- компенсация дефицита инсулина
- коррекция гормонально-метаболических нарушений
- предупреждение и лечение поздних осложнений

Они достигаются при соблюдении следующих принципов терапии сахарного диабета:

- обучение пациентов
- диетотерапия
- физические нагрузки
- ПСП и/или инсулинотерапия

- индивидуальный подход

Определяющим фактором эффективности лечения является обучение больных, которое в настоящее время, во-первых, стало базисным компонентом в лечении больных и, во-вторых, выделилось в самостоятельное направление вообще в медицине хронических заболеваний.

Целями обучения, которые определены в отчете рабочей группы Европейского бюро ВОЗ по разработке программ терапевтического обучения больных с хроническими заболеваниями, являются:

- формирование у пациентов навыков саморегуляции применительно к их хроническому заболеванию и адаптации к лечению
- повышение/сохранение качества жизни
- сокращение расходов медицинских учреждений, а также больных и общества в целом на лечение осложнений

Среди факторов, влияющих на эффективность обучения, особо выделяется необходимость в высоком научно-методическом уровне обучения. На это и был сделан упор в нашей работе.

Поскольку основным и неотъемлемым моментом в терапии СД 2 типа является соблюдение диеты, нами была создана компьютерная база данных продуктов питания в Microsoft® Access 2000. При этом учитывались особенности потребительского рынка г. Иркутска. Каждый продукт характеризуется по нескольким параметрам, которые определяют его пищевую ценность и необходимы для контроля диетотерапии:

- наиболее удобная и распространенная единица измерения
- содержание жира в единице измерения
- энергетическая ценность единицы измерения
- масса единицы измерения

И таким вот образом охарактеризовано порядка 280 продуктов. Одно из главных свойств этой базы данных, конечно, ее динамичность, т. е. возможность удалять, вносить новые продукты, изменять параметры, характеризующие продукт. Также к одной из немаловажных особенностей следует отнести структурность («оптимизированность») базы данных. Это достигнуто разделением всего числа продуктов в зависимости от их типа на категории, которых насчитывается 22. Структурность облегчает процесс поиска и редактирования, а также уменьшает размер базы данных.

Но вся собранная информация имеет значение только при наличии механизма ее реализации. С этой целью выбор был остановлен на электронном варианте, поскольку его достоинства, а также перспективы развития, распространения и внедрения в повседневную жизнь не сравнимы с существующей на сегодняшний день некоторой ограниченностью применения.

Главная же особенность выбранного подхода заключается в том, что мы отказались от использования стандартных приложений пакета Microsoft® Office, т. к. они не соответствуют всем условиям, о которых будет сказано далее. Было принято решение создать собственное программное обеспечение.

Для этого в среде языка программирования Microsoft® Visual Basic 6.0 была написана программа, которая могла бы эффективно работать с нашей электронной базой данных. Другая важная особенность — то, что интерфейс (внешний вид, степень удобства для пользователя) полностью соответствует нашим требованиям. Поэтому удалось получить сочетание наглядности, удобства и в то же время простоты; информативности и в то же время вывода только тех данных, которые необходимы в конкретный момент. Сообразно именно этим условиям мы и не воспользовались довольно мощными программами пакета Microsoft® Office.

Т. к. аудитории, прежде всего, интересен практический смысл этой программы, то остановимся на возможностях ее применения. Приложение, используя, прежде всего на этапе обучения в специализированных школах СД, позволяет:

1. усилить выработку мотивации у больного на активное участие в лечении
2. обучить режиму питания
3. облегчить расчет показателей питания

4. обучить навыкам самоконтроля и саморегуляции
5. освободить учебное время для обсуждения других аспектов лечения
6. сократить расходы медицинского учреждения на процесс обучения
7. создать и усилить у пациента позитивное отношение к процессу обучения
8. повысить престиж медицинского учреждения

Помимо этого программа может также эксплуатироваться пациентом самостоятельно в ходе амбулаторного лечения с целью:

1. поддержания мотивации на активную позицию в лечении
2. составления адекватного рациона питания
3. облегчение самоконтроля и саморегуляции
4. экономия времени
5. повышение качества жизни

Таким образом, была создана единственная в своем роде программа, использующая научный подход и позволяющая значительно облегчить проведение таких важнейших элементов лечения при сахарном диабете 2 типа, как обучение больных и диетотерапия.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ КОМПЛЕКСОМ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Семечкина В.С, Рысухина М.В

Научный руководитель: Филиппова Т.П.

кафедра туберкулеза

Современная эпидемиология туберкулёза характеризуется беспрецедентным ростом числа больных с остро прогрессирующими формами туберкулёза лёгких (ОПТЛ), протекающими по типу «скоротечной чахотки». У 65 – 75% больных ОПТЛ оканчивается летальными исходами, что актуализирует проблему разработки новых патогенетических подходов к лечению ОПТЛ, одним из которых может являться оценка и коррекция состояния стресс-реализующих систем организма.

Для оценки влияния комплекса стресс-лимитирующих препаратов (КСЛП) на показатели иммунитета и результаты лечения больных с ОПТЛ обследовано 62 человека: 1 группу (30 чел.) составили больные, получавшие противотуберкулёзные средства и КСЛП; 2 группу (32 чел.) составили больные, лечившиеся только этиотропными средствами. Исследования проводились до начала лечения больных, повторялись ежемесячно и включали в себя определение концентрации кортизола крови, оценку вегетативного тонуса организма по индексу вегетативного равновесия (ИВР) и изучение количественных характеристик клеточного звена иммунитета (Т-лимфоцитов методом спонтанного розеткообразования, Т-хелперов и Т-супрессоров по чувствительности к теофиллину). Изучались также гематологические показатели периферической крови, клинико-рентгенологические и бактериологические характеристики течения туберкулёзного процесса.

Исследования показали, что у больных с ОПТЛ до начала лечения определялась гиперактивация адаптационных систем, соответствующая фазе тревоги дистресс-реакции: уровень кортизола крови в 2 раза превышал контрольное значение ($406,7 \pm 43,3$ нмоль/л) и составил $818,4 \pm 24,9$ нмоль/л ($P < 0,001$), показатель ИВР был в 20 раз большим, чем в контроле ($98,7 \pm 3,8$ %/сек) и составил $2106,8 \pm 151,1$ ($P < 0,001$). Фазе тревоги дистресса соответствовали и изменения показателей периферической крови: лейкоцитоз ($10,6 \pm 0,49 * 10^9$ /л, в контроле - $5,16 \pm 0,18 * 10^9$ /л; $P < 0,001$), лимфоцитопения ($13,4 \pm 0,58\%$, в контроле - $30,6 \pm 0,8\%$; $P < 0,001$), эозинопения ($0,95 \pm 0,17\%$, в контроле - $2,54 \pm 0,2\%$; $P < 0,001$). Отмечалась выраженная недостаточность клеточного звена иммунитета: снижение количества Т-лимфоцитов ($74,8 \pm 1,4\%$, в контроле - $84,6 \pm 0,77\%$; $P < 0,001$) и Т-хелперов ($60,9 \pm 1,7\%$, в контроле - $80,9 \pm 0,87\%$; $P < 0,001$) увеличение Т-супрессоров ($9,51 \pm 0,87\%$, в контроле - $3,06 \pm 0,38$; $P < 0,001$). После курса КСЛП у больных 1 группы был

зарегистрирован переход стресс-реакции в фазу резистентности, что проявилось в достоверном снижении уровня кортизола, показателя ИВР, достоверном увеличении числа лимфоцитов, эозинофилов, Т-лимфоцитов и Т-хелперов, снижении Т-супрессоров, повышении выживаемости больных до 100%. У выживших больных 2 группы аналогичные изменения гормонального и иммунного статуса наблюдались на 2 месяца позже, 56,25% больных этой группы умерли в течение 1-го месяца пребывания в стационаре.

Таким образом, использование комплекса стресс-лимитирующих препаратов в лечении больных с ОПТЛ обосновывается наличием у больных этой группы стадии тревоги дистресс-реакции. Ограничение продукции гормонов стресса способствует переходу стадии тревоги в стадию резистентности, повышению адаптации организма, улучшению показателей иммунитета, стабилизации туберкулёзного процесса и повышению выживаемости больных с ОПТЛ с 43,75% до 100%.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В Г. ИРКУТСКЕ

Казанков И.Ю., Бобряков Н.А., Максимов К.П., Чипизубов В.А.

Научный руководитель: к.м.н., асс. А.В. Семенов

кафедра нейрохирургии

Современные представления оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой предполагают быструю и качественную доставку в многопрофильный травматологический стационар. Под качественной доставкой мы подразумеваем активные противошоковые мероприятия в первый «золотой час» после травмы, который приходится именно на догоспитальный этап.

К сожалению, в городе Иркутске схема оказания помощи пациентам с сочетанной травмой существенно отличается от общепринятых мировых стандартов. Ни одно из учреждений, оказывающих прием таких пациентов, не соответствует статусу многопрофильного травматологического стационара.

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности оказания помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в городе Иркутске.

Мы проанализировали результаты оказания помощи пациентам с СЧМТ за 2001 год. Всего пострадавших было 330 человек, общая летальность составила 11%.

В структуре СЧМТ преобладали больные, имеющие ЧМТ и травму лицевого черепа (в т.ч. ЛОР-органов); в этой группе пациентов летальность составила 5,1%. Наибольшая летальность (60%) наблюдалась при сочетании ЧМТ с травмой органов брюшной полости.

Сравнение исходов изолированной и сочетанной ЧМТ в зависимости от уровня сознания при поступлении в стационар показало, что летальность напрямую зависит от уровня сознания в обеих группах. Особого внимания заслуживают пациенты с уровнем сознания при поступлении менее 12 баллов по ШКГ. В этой группе больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой летальность составила 70,3%.

У большинства пациентов травма, так или иначе, была связана с автомобилем: 44% пострадавших были сбиты, 13% лежали на дороге, 20% находились внутри автомобиля.

Среди пострадавших преобладали мужчины трудоспособного возраста.

Проведенные исследования показали, что летальность существенно не зависела от сроков доставки пострадавшего в стационар и была достаточной высокой во всех группах пострадавших. Значительно большее влияние на летальность у пациентов с СЧМТ оказывала степень шока при поступлении; а в группе пациентов с изолированной ЧМТ степень шока на летальность не влияла.

Выводы:

- на догоспитальном этапе важна не только скорость доставки в стационар, но и эффективные противошоковые мероприятия в течение первого часа;

- госпитализация пациентов с тяжелой сочетанной ЧМТ должна проводиться в многопрофильный травматологический стационар, в котором возможно оказание адекватной медицинской помощи;
- после поступления пострадавшего в приемное отделение определять тактику ведения больного и приглашать необходимых специалистов должен ответственный дежурный врач по стационару;
- наиболее важными прогностическими признаками при СЧМТ являются глубина расстройства сознания и степень травматического шока.

ОСОБЕННОСТИ ИСХОДОВ РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ РОДОСТИМУЛЯЦИИ

Сынтинцзун Н.С., Карпова Н.Ю.

Научный руководитель: асс., к.м.н. Суховская В.В.

кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Несмотря на внедрение современных медицинских технологий в систему родовспоможения, отмечается увеличение частоты аномалий родовой деятельности. А также увеличение интранатальной смертности и оперативных родоразрешений при данной патологии.

Существует множество схем родостимуляции для лечения слабости родовой деятельности. В связи с этим, целью работы было изучение эффективности различных схем родостимуляции и исходов родов.

На основании проведенного исследования было выявлено:

- 1) Факторы риска слабости родовой деятельности: первые роды, наличие ХВЗОМТ, экстрагенитальной патологии (ожирение и хронический пиелонефрит) и осложнения беременности (гормональный дисбаланс, нарушение функции плаценты и крупный плод).
- 2) При лечении слабости родовой деятельности Окситоцином и Энзапростом, достоверных различий в особенности течения родов и состояния новорожденных не получено. Хотя отмечена тенденция к увеличению процента быстрых родов при использовании Энзапроста.
- 3) С наибольшей частотой осложнения течения родов и послеродовой дезадаптации новорожденных наблюдались при комбинации Окситоцина и Энзапроста. У этих женщин достоверно чаще роды заканчивались операцией кесарева сечения из-за неэффективности родостимуляции; чаще встречались разрывы мягких родовых путей и нарушения адаптации новорожденных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТВУЗС И ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЭНДОМЕТРИИ

Усольцева Е.Н., Заяц Е.Ю.

Научный руководитель: к.м.н. Бурдукова Н.В.

кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Актуальность:

Гиперпластические процессы эндометрия, занимая ведущее место в структуре гинекологических заболеваний, служит фоном для возникновения рака эндометрия. Пик заболеваемости раком эндометрия приходится на период постменопаузы и в настоящее время тенденции к снижению его частоты не наблюдается.

Целью нашего исследования.(III)

- является сравнение достоверности трансвагинальной эхографии и гистероскопии в диагностике патологии эндометрия;

- выявление наиболее часто встречающейся патологии эндометрия в позднем репродуктивном периоде, перименопаузе и постменопаузе.

Методы исследования:

Трансвагинальное ультразвуковое сканирование (АЛОКО 1400 7,5 МГц)

Гистероскопия

Гистологический метод исследования

статистическое обработка: критерий сопряженности признаков Х²

Выводы:

ТВ УЗС и Гистероскопия являются высокоинформативными методами, в диагностике гиперпластических процессов.

Статистически достоверной разницы между ними нет. В позднем репродуктивном и перименопаузе наиболее часто встречающейся патологией эндометрия является гиперплазия; в постменопаузе преобладали полипы эндометрия; результаты гистероскопического и гистологического исследований демонстрируют в 3,3% случаях в каждом из трех возрастных периодов нормальную полость матки

тогда как по заключению ТВ УЗС поставлена гиперплазия эндометрия. Ошибка объяснялась сопутствующей патологией – субмукозной миомой и аденомиозом, что затрудняло оценку структуры эндометрия

На основании вышесказанного мы рекомендуем применять ТВУЗС на амбулаторном этапе всем женщинам в постменопаузе, в качестве первичной диагностики патологии эндометрия.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКО

Ветрова М.В., Федорова М.С.

Научный руководитель: асс. к.м.н. Куперт М.А., асп. Долбина А.Ю.

кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

В последние десятилетия отмечается увеличение частоты бесплодных браков, составляющих 20% , за счет трудностей в диагностике и неэффективности лечения бесплодия в браке. В связи с чем, значительно увеличилась частота применения метода ЭКО в лечении бесплодия. В настоящее время проведено недостаточно исследований по течению беременности и родов после ЭКО, поэтому мы поставили цель изучить особенности течения беременности, родов и раннего неонатального периода детей и женщин после ЭКО.

Нами проанализированы истории родов и новорожденных 34 женщин после ЭКО, которые составили одну группу и 69 женщин, беременность которых наступила спонтанно (контрольная группа). Средний возраст женщин обеих групп составил 31 год.

Результаты исследования.

- установлено, что в I триместре, из акушерской патологии, наиболее часто в обеих группах, встречалась угроза прерывания беременности, однако у женщин первой группы она составила 50%, у женщин контрольной группы 21,7%. Ранний токсикоз встречался в 2 раза чаще у женщин контрольной группы, что очевидно связано с гормональной поддержкой у женщин после ЭКО в I триместре беременности.

- отмечено снижение частоты УПБ во II и III триместре беременности женщин обеих групп. При этом выявлено увеличение роста вагинальной инфекции в 3 раза в первой группе и в 15 раз в контрольной группе по сравнению с первым триместром.

- Изучение течения родов показало, что 58,82% женщин после ЭКО родоразрешились в срок, в то время как у женщин контрольной группы срочные роды отмечены в 95,65% случаев. Преждевременные роды в группе женщин после ЭКО в 90% случаев закончились операцией кесарева сечения, а в контрольной группе этот показатель составил 50%

- выявлено, что частота осложнений в послеродовом периоде практически одинакова у женщин обеих групп и составила 10%

- следует отметить, что 44,9% детей ЭКО группы родились с признаками ЗВУРП, что, несомненно, связано с недоношенностью и наличием сопутствующей патологии.

Средняя масса новорожденных первой группы составила 2682 г, средний рост 48,6 см, во второй группе – 3198 г и рост 51 см.

Врожденные порки развития у детей, родившихся у женщин со спонтанной беременностью, зафиксированы в 2 случаях (ДМЖП, рабдомиома сердца), а в группе ЭКО у одного ребенка (множественные ДМЖП).

- не установлено различие раннего неонатального периода у доношенных детей обеих групп.

Выводы:

1. Течение беременности и родов после ЭКО значительно чаще сопровождается осложнениями.

2. Высока частота преждевременных родов и рождения при таких родах детей с ЗВУРП.

3. Частота послеродовых осложнений у матери и плода после ЭКО не превышает аналогичный показатель, свойственный для женщин и их детей при спонтанной беременности.

4. Нет различий в течении раннего неонатального периода у доношенных детей родившихся после ЭКО, и детей, родившихся при спонтанной беременности.

СЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ИЗМЕНЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Барданова О. В.

Научный руководитель: асс. Корниенко В.Н.

кафедра психиатрии и медицинской психологии

Актуальность проблемы: в настоящее время смертность от сердечно-сосудистой патологии занимает первое место в мире. Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у больных с угрозой для жизни. Это ведет, в свою очередь, к изменениям структуры личности, что влияет на субъективное состояние пациента и, следовательно, на результаты лечения, время возвращения к труду, качество жизни.

Целью нашей работы было провести обзор литературных данных по этой проблеме и сравнить результаты исследований разных авторов за различные периоды времени.

Описание работы: был изучен материал за период с 1972-2003 года у таких авторов, как Зайцев В.П., Виноградов В.Ф., Швацабая И.К., Сидоренко Б.А., Долженко М.Н., Шафикова А.Г., Смулевич А.Б., изменения в психологическом профиле личности оценивали по тесту СМОЛ и ММРІ. Проведен сравнительный анализ полученных данных.

Выводы:

1. В результате обзора литературных данных значительных различий в характере личностных изменений у разных авторов нет.
2. После перенесенного инфаркта миокарда в подостром периоде заболевания отмечается развитие психопатологических расстройств с ведущими астенодепрессивным и ипохондрическим синдромами.
3. С течением времени изменения в психологическом профиле больных становятся значительно выраженнее при отсутствии психокоррекции.
4. Изменения личности у больных с инфарктом миокарда снижают эффект медикаментозного лечения, уровень социальной адаптации, потому требуют психотерапевтической коррекции.
5. Использование дифференцированной психотерапии позволяет добиться более существенных изменений в психологическом профиле в сравнении с недифференцированной психотерапией уже в подостром периоде.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Променашева Т.Е., Федорова Л.Е.

Научный руководитель - проф. Белялов Ф.И.

кафедра факультетской терапии

Экстрасистолия – является самым частым нарушением сердечного ритма. Например, у здоровых людей при проведении Холтеровского мониторирования ЭКГ в течении суток желудочковые э/с выявляют в 50%, а в течении 2-х суток в 75% случаев (1).

Нередко пациенты обращаются к врачам с жалобами на головокружение, одышку, чувство перебоев в области сердца, дискомфорта в грудной клетке.

Поэтому перед специалистом встает вопрос о целесообразности назначения антиаритмической терапии, которая нередко сопровождается побочными эффектами.

Вместе с тем природа субъективных ощущений недостаточно изучена. Предшествующие немногочисленные исследования выявляют связь тревоги и депрессии с субъективной симптоматикой у больных с пароксизмальной тахикардией.

По результатам исследования Лесманера клинические характеристики пациентов с пароксизмальной наджелудочковой тахикардией могут имитировать паническое расстройство.

При поиске данных, включая базу Medline, не было найдено исследований роли психосоматических факторов при симптомной э/с.

Цель: Исследовать психосоматические факторы связанные с субъективными ощущениями у пациентов с экстрасистолиями.

В исследование приняло участие 44 пациента:

- 17 мужчин и 27 женщин

- пациентов с ИБС 26 человек (59,1%), с гипертонической болезнью 20 больных (45,5%), а

без ССЗ 10 (22,7%) человек.

Методы исследования

Всем пациентам проводилось 24 часовое Холтеровское мониторирование ЭКГ.

Каждый пациент вел дневник, в котором фиксировал время и характер субъективной симптоматики. Структура и функция миокарда оценивалась по данным эхо КГ.

Число эпизодов экстрасистолии составило 340.

Выраженность тревоги и депрессии оценивались по шкалам самооценки тревоги и депрессии Цунга и шкалам Мангомери, Гамельтона

Материалы обрабатывались с помощью статистического пакета Stat Soft 6. Использовался корреляционный анализ по Спирмену; оценка средних и вариативности; оценка различия средних по Манну-Уитни.

Результаты исследования и обсуждение

1. Среди всех эпизодов э/с 76,5% были бессимптомными, а 23,5% сопровождались субъективными ощущениями.

2. Аритмические симптомы ассоциировались с э/с в 30,5 % случаев.

3. Выявлена умеренная линейная связь между уровнем:

а. тревоги и симптомной э/с ($R=0.44$, $p=0.009$)

б. депрессии с частотой симптомной э/с ($R=0.46$, $p=0.005$)

Полученный результат согласуется с выводами Вебера и Барского.

По мнению Вебера В.Е., «аффективные расстройства составляют 1/3 всех пациентов, обратившихся с жалобами на чувство учащённого сердцебиения. Причём субъективная симптоматика у этих пациентов выражена богаче и ярче».

По результатам исследования Барского почти половина пациентов, прошедших Холтеровское мониторирование, имеют аффективные расстройства.

Так, в одной из своих работ он показал, что больше 40 из 145 человек имели в течение жизни паническое расстройство. И у 50 тревожное состояние наблюдалось за месяц до мониторирования.

4. При анализе подгруппы пациентов с заболеванием сердца и без них, мужчин и женщин старше 65 младше достоверных различий по частоте с симптомной экстрасистолии выявлено не было. ($P.>0,05$)

5. При анализе взаимосвязи симптомной экстрасистолии с толщиной МЖП и КСР выявлена умеренная и значительная соответственно отрицательная корреляционная связь.

$R_1=0,033$ $r_1= -0,49$ $R_2=0,038$ $r_2= -0,51$

Выводы

1. Большая часть «аритмических» симптомов (70%) не ассоциированы с экстрасистолией.

2. 70% экстрасистолий бессимптомные.

3. Выявлена умеренная линейная связь частоты симптомной экстрасистолии с уровнем тревоги и депрессии по шкалам Цунга.

4. Субъективные проявления э/с не зависели от пола, возраста, показателей ЭХО КГ.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Рагоза А.С.

Научный руководитель: Корниенко В.Н.

кафедра психиатрии и медицинской психологии

Актуальность. В России насчитывается более 30 млн. Больных хронической сердечной недостаточностью. Тем не менее, оценке качества жизни этой категории больных уделялось мало внимания.

Целью данного исследования было изучение оценки качества жизни в отдаленном периоде больных перенесших инфаркт миокарда. Использовалась шкала оценки качества жизни SF-36. Статистическая обработка материалов осуществлялась с применением модулей программы MS Statistica 5.0. В исследование включались 40 человек из них 30 мужчин средний возраст 54,75 и 10 женщин в возрасте 52,7. Поступившие в отделение реабилитации больных перенесших инфаркт миокарда курорта «Ангара» за период январь-май 2002 года.

Методика исследования.

36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психические здоровье.

Результат представлен в виде оценок в баллах по восьми шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Показатели качества жизни, больных, перенесших инфаркт миокарда по прошествии четырех лет имеют невысокие значения. Больные с наличием адекватной и патологической реакцией на болезнь в раннем реабилитационном периоде существенно различаются по показателю «Психический компонент здоровья», который имеет большее значение у больных с патологическими формами реагирования. В данной группе выявляется диссоциация оценки качества жизни с преобладанием показателя «Психический компонент здоровья» над «Физическим компонентом здоровья».

Выявлены различия в показателях качества жизни, в зависимости от психопатологической формы реакции на болезнь в раннем периоде после ИМ: 1.Ипохондрия 2.Депрессия 3.Астения 4.Тревожно – депрессивная. Наиболее низкие показатели психического и соматического здоровья отмечены в группе больных с тревожно депрессивными формами реакций в раннем периоде ИМ. При ипохондрическом варианте реагирования отмечено наиболее выраженное несоответствие соматического и психического здоровья с преобладанием последнего, что свидетельствует о сохранении ипохондрического модуса переживаний качества жизни. Обнаруженные особенности качества жизни, свидетельствуют о сохраняющихся элементах неадекватной самооценки состояния здоровья у больных с наличием нозогенных реакций в раннем периоде после ИМ, на этапе 4 летнего катамнеза, преимущественно в группе больных с ипохондрическими и тревожно- депрессивными реакциями.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ У ЛЮДЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ УТРАТУ

Рожков А.В.

Руководитель: Собенникова В.В.

кафедра медицинской психологии и психиатрии

Цель работы:

1)определить выраженность психологической ригидности (ПР) у людей, перенесших утрату близких родственников для оптимизации помощи;2)сравнить величину ПР у последних, по отношению к лицам не подвергшимся подобному стрессу.

Актуальность работы.

Наличие ригидности, а также степень ее выраженности влияют на скорость адаптации к стрессовой ситуации, длительность возвращения к привычному ритму жизни. Неспособность перешагнуть барьер психологической ригидности может реализоваться в соматической патологии. Таким образом ригидность на фоне утраты - проблема психосоматического круга.

Краткое описание работы.

Было обследовано 30 человек, перенесших утрату близких родственников с помощью Томского опросника ригидности.

Выводы: 1) Ригидность человека, перенесшего утрату, находится на высоком уровне (57,5% от максимальных значений), в то время как у людей, не столкнувшихся с ней, психологическая ригидность умеренная (33,6% от максимальных значений).

2) Выявлена стойкая реализуемость ПМР - ее среднее значение у обследованных составило 51% против 57,5% (усредненный показатель по другим шкалам).

3) В максимальной зависимости от ПМР находится установочная ригидность (УР) - ригидность в стрессовых ситуациях, симптомокомплекс ригидности (СКР) - склонность к фиксированным формам поведения и его субшкала актуальная ригидность (АР).

4) Распределение ригидности по шкалам в % от максимальных значений: сензитивная ригидность (СР) 64,2; ПМР - 51%; АР - 56,8%; ригидность как состояние (РСО) - 70,3%; УР - 46%; СКР - 55,6%.

5) Высокие показатели психологической ригидности в значительной мере коррелируют с акцентуациями характера (эмоционально-лабильный, тревожно-мнительный, истероид). Умеренный уровень ПР в 33% случаев сопровождается данными акцентуациями, высокий - в 87%, очень высокий - в 100%.

6) Достоверно установить связь ПР с полом обследуемых не удалось. С возрастом психологическая ригидность повышается (после 60 лет у 100% - высокие показатели)

7) Достоверно установить связь внезапности утраты с величиной выявленной ПР не удалось.

СВЯЗ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Федорова Л.Е., Променашева Т.Е., Чайкисов Ю.С.

Научный руководитель: проф., д.м.н. Белялов Ф.И.

кафедра факультетской терапии

Цель. Выявить зависимость между проявлениями бронхиальной астмы, величиной артериального давления и психическим состоянием пациентов для коррекции дальнейшего лечения.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы пациентов. Основная группа 41 человек с диагнозом бронхиальная астма, со средним возрастом $46,6 \pm 8,4$ лет. Группа сравнения включала 13 человек с диагнозом гипертоническая болезнь без обструктивных заболеваний легких, со средним возрастом $59,7 \pm 10,7$ лет. Уровень тревоги определялся по шкале Цунга тревоги и шкале Гамильтона, а уровень депрессии - по шкале Монтгомери-Асберга и шкале Цунга депрессии. Оценка артериального давления (АД) проводилась с помощью суточного мониторинга, а динамика бронхиальной проходимости оценивалась по пиковой скорости выдоха (ПСВ), которая измерялась синхронно с АД. Статистическая обработка включала корреляционный анализ по Спирмену и анализ различия в группах по Манну-Уитни.

Результаты. В основной группе не выявлено связи ПСВ с уровнем депрессии ($r = -0,04$; $p = 0,78$) и тревоги ($r = -0,03$; $p = 0,839$). В группе сравнения обнаружена сильная корреляционная связь с двумя этими показателями: с уровнем тревоги ($r = -0,67$; $p = 0,023$) и уровнем депрессии ($r = -0,63$; $p = 0,036$).

Обнаружена связь АД с уровнем тревоги в группе больных бронхиальной астмой ($r = 0,31$; $p = 0,04$), в группе сравнения линейных связей АД с выраженностью тревоги не выявлено. Линейной зависимости между величиной АД и уровнем депрессии в обеих группах не выявлено.

Однако уровень артериального давления у больных бронхиальной астмой с депрессией и тревогой достоверно выше, чем у пациентов с этим заболеванием без проявлений тревожного и депрессивного состояния. При наличии депрессии, определенной по шкале Цунга депрессии среднее систолическое АД (САД) составило 177 мм. рт. ст., у пациентов без депрессии 155 мм. рт. ст. ($Z = 2,14$; $p = 0,03$). У пациентов, не имеющих тревожного состояния среднее САД составило 147 мм. рт. ст., а при наличии тревоги оно было 173 мм. рт. ст. ($Z = 2,02$; $p = 0,04$). В группе сравнения достоверных различий АД у пациентов с депрессией, тревогой и без таковых не обнаружены. В основной группе были обнаружены линейные связи ПСВ и АД у 31% пациентов. Это проявлялось повышением АД в момент приступа бронхиальной астмы, то есть при резком снижении ПСВ. В группе сравнения достоверных линейных связей между показателями АД и ПСВ выявлено не было.

Заключение. У части пациентов с бронхиальной астмой выявляется бессимптомное повышение АД в момент приступа. Повышение АД у этой группы больных тем выше, чем выше уровень тревоги и депрессии. В то же время у данных пациентов не выявлено достоверных связей между выраженностью депрессии, тревоги и степенью снижения бронхиальной проходимости.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

КОМПЛЕКСОНЫ В МЕДИЦИНЕ

Александрова М.А.

Научный руководитель: доц. Станевич Л.М.

кафедра бионеорганической и биоорганической химии

Для поддержания металло-лигандного гомеостаза и выведение из организма ионов токсичных металлов используют комплексоны. В медицине сложилось целое направление по использованию комплексонов для регуляции металло-лигандного баланса - хелатотерапия.

Для выполнения функций противоядий комплексоны должны отвечать некоторым требованиям. Во-первых, они не должны быть токсичными, а во-вторых, подвергаться изменению в биологической среде.

С учетом этих требований наибольшее распространение получили соли ЭТДА(этилендиаминтетрауксусной кислоты), среди которых наиболее доступной является динатриевая соль- Трилон Б.Его применение показано при отравлении солями кальция.

Высокой эффективностью при свинцовых отравлениях обладает - пеницилламин, который представляет собой диметилцистеин. Его защитное действие обусловлено наличием трех групп(-SH или сульфгидрильной, аминной и карбоксильной). Хорошо проявляет себя при хронических формах отравления, когда необходим длительный прием препарата.

Еще одна перспективная для медицины группа комплексонов принадлежит к группе полициклических хелатирующих реагентов - криптанов, с которыми ион металла координируется таким образом, что оказывается спрятанным в циклической полости лиганда. Эффективен при отравлениях катионами стронция.

Для связывания ядовитых ионов мышьяка успешно применяют препарат, получивший название британского антилюизита.

Высокой степенью комплексообразования отличается фитин - сложный органический препарат, представляющий собой смесь кальциевых и магниевых солей инозитфосфорных кислот. Он эффективен при смертельных дозах свинца.

Комплексоны и их комплексы применяют при лечении различных металлоизбыточных и металлодефицитных состояний.

Молекулы комплексонов практически не подвергаются расщеплению или какому-либо изменению в биологической среде, что является их фармакологической особенностью.

К недостаткам комплексонов относятся: повреждение слизистой почечных канальцев и тонкой кишки; вследствие уменьшения содержания кальция в крови возможно нарушение возбудимости мышц и свертываемости крови. Наряду с выведением токсичных металлов, они выводят такие жизненно важные металлы, как кальций, натрий, калий. Вследствие этого изменяются многие биологически важные обменные процессы.

Ведутся исследования иных профилактических средств, которые при длительном применении не вызвали бы нежелательных сдвигов в состоянии организма. Эти свойства выявлены у пектина - полимерного вещества пищевого происхождения. Каждое звено полимерной молекулы пектина включает две молекулы галактуроновых кислот, соединенных гликозидными связями. Используется при отравлениях свинцом.

Возможности ЭТДА-хелатотерапии очень широки. ЭТДА выводит из плазмы все прочие биокатионы, присутствующие в ней в микроколичествах, потому что эти катионы выступают в качестве катализаторов свободнорадикальных процессов с участием активных форм кислорода, а тем самым активизируют нежелательные процессы перекисного окисления липидов. Хелатотерапия препятствует отложению холестерина и восстанавливает его

уровень в крови, понижает кровяное давление, удаляет кальций из холестериновых бляшек, растворяет тромбы и делает кровеносные сосуды эластичными.

Некоторые специалисты даже предлагают ЭТДА-хелатотерапию в качестве эффективной альтернативы коронарного шунтирования.

ВЛИЯНИЯ α -ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА ВЫЗВАННЫЕ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Лалетин В.С.

Научный руководитель: д.м.н. проф. Колесниченко Л.С.

кафедра биоорганической и бионеорганической химии

Развитие злокачественных новообразований в организме сопровождается оксидативным стрессом (избыточное образование АФК). АФК играют как положительную, так и отрицательную роль в организме. Положительная роль заключается в участии в синтезе эйкозаноидов, в функционировании нейтрофилов и макрофагов, в апоптозе, в редокс-регуляции экспрессии генов, в межклеточной сигнализации. Однако чрезмерное накопление АФК влечет за собой образование вторичных продуктов оксидативной модификации (ОМ) макромолекул в тканях и биологических жидкостях организма. Оксидативный стресс приводит к повреждению нуклеиновых кислот, белков, липидов. Имеются данные о том, что чрезмерные концентрации АФК играют значительную роль в росте и прогрессировании опухоли посредством **дестабилизации генома, активации онкогенов и стимуляции ангиогенеза**. Т.о. формируется порочный круг. Существенное влияние на него будет оказывать состояние антиоксидантной системы (АОС) организма и в первую очередь системы глутатиона, гомеостаз которого играет центральную роль в защите тканей от оксидативного стресса в силу ряда причин:

- 1) глутатион – главный восстановитель клетки (его концентрация выше, чем большинства органических веществ);
- 2) глутатион обезвреживает как АФК, так и вторичные метаболиты ОМ;
- 3) глутатионзависимые ферменты работают во всех частях клетки (включая ядро, митохондрии и эндоплазматический ретикулум).

Рассматривая данный порочный круг необходимо учитывать влияние химиотерапии на состояние системы глутатиона, повреждение которой будет способствовать активации звена **злокачественное образование → оксидативный стресс**.

Необходимо знать, каким образом можно предотвратить изменения в системе глутатиона. Для увеличения уровня глутатиона само по себе применение глутатиона не эффективно. Имеются 2 клинически адекватных препарата поддерживающих уровень глутатиона: N-ацетилцистеин (N-АЦЦ) и α -липоевая кислота (α -ЛК). α -Липоевая кислота имеет ряд преимуществ:

- 1) α -ЛК может быть восстановлена в организме в активную дитиольную форму такими ферментами как глутатионредуктаза, тиоредокстредуктаза и липоамиддегидрогеназа; тогда как цистеин N-АЦЦ окисленный в цистин не может быть восстановлен;
- 2) α -ЛК растворима как в воде, так и в жирах (уникальная черта среди антиоксидантов);
- 3) благодаря редокс - потенциалу системы липоат/дигидролипоат α -ЛК принимает участие как в реакциях нейтрализации АФК, так и в реакциях восстановления окисленных форм других антиоксидантов, в т.ч. и окисленного глутатиона, а при длительном применении α -ЛК отмечается увеличение уровня общего глутатиона в тканях.

Целью эксперимента было исследование изменений в системе глутатиона при воздействии противоопухолевых препаратов отдельно и в сочетании с липоевой кислотой. Эксперименты были проведены на мышах самцах. В ходе эксперимента мышам однократно интраперитонеально вводили алкиляторы карбоплатин 5 мг/кг и циклофосфамид 150 мг/кг,

антиметаболит метотрексат 150 мг/кг, антибиотик эпирубицин 10 мг/кг и в половине серий липоевую кислоту 100 мг/кг. Концентрация глутатиона и активность ферментов его метаболизма (ГПО, ГТ, ГР) были измерены через 72 часа после введения препаратов стандартными спектрофотометрическими методами. Результаты были статистически обработаны с использованием критериев F, t и d.

Измерения проводились в 72 часа в силу того, что именно в ранние сроки происходят наибольшие изменения системы глутатиона и массы органов; и именно в ранние сроки целесообразно введение ЛК для предотвращения неблагоприятных влияний. В более поздние же сроки, на 14 сутки после введения химиопрепаратов, отмечались минимальные изменения в системе глутатиона и отсутствие атрофии органов.

Итак, введение всех четырех химиопрепаратов без липоевой кислоты через 72 часа сопровождалось снижением массы печени на 11-31%, селезенки на 48-51%, почек на 10-26% и сердца на 14-36%, что является показателем выраженного токсического эффекта. Концентрация глутатиона также снижалась в каждом эксперименте на 18-38%. Активность ферментов изменялась следующим образом:

- 1) активность ГПО возрастала при введении эпирубицина на 19% и метотрексата на 115% и понижалась при введении циклофосфида на 53%;
- 2) эпирубицин на 53%, карбоплатин на 47% и метотрексат на 37% снижали активность ГТ, тогда как циклофосфид повышал его активность на 46%;
- 3) активность ГР снижалась при введении метотрексата на 22 % и возрастала при применении циклофосфида на 83%;

Таким образом, несмотря на то, что активация ГПО при введении эпирубицина и метотрексата и ГТ и ГР при введении циклофосфида являются благоприятными защитными реакциями, химиотерапия приводит к дестабилизации системы глутатиона в целом.

Введение липоевой кислоты сопровождалось возрастанием активности ГПО и ГР, но не изменяло концентрацию глутатиона.

При совместном введении противоопухолевых препаратов и липоевой кислоты наблюдались следующие изменения:

- 1) введение ЛК с эпирубицином и карбоплатином нормализовало сниженную активность ГТ;
- 2) введение ЛК с метотрексатом было сопряжено с увеличением активности ГТ и ГР и снижением активности ГПО до нормального уровня;
- 3) введение ЛК с циклофосфидом приводило к возрастанию активности ГПО, нормализации активности ГТ и ГР и возрастанием концентрации глутатиона по сравнению с введением химиопрепарата без ЛК;
- 4) атрофия органов предотвращалась во всех экспериментах с ЛК.

Итак, в течение эксперимента были выявлены два ранее не описанных эффекта:

- 1) нормализация активности ферментов метаболизма глутатиона;
- 2) предотвращение атрофии органов.

Следовательно, мы можем говорить о стабилизации системы глутатиона при совместном введении химиопрепаратов с ЛК.

ASPECTS BIOCHIMIQUES DE LA MORT SUBITE À LA SUITE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L.A.Zimina

Le chef scientifique: professeur Yu.S.Isaev, la chaire de la médecine légale, professeur P.M. Javerbaum, la chaire de la biochimie

On sait et c'est un problème bien actuel qu'il n'y a pas de symptômes précoces, objectifs et manifestants d'infarctus du myocarde. Puisque cette pathologie est une pathologie urgente la

diagnose doit être précise et sans tarder. Ça va déterminer la tactique du traitement du malade et la somme de la subvention.

La même question sur la diagnose différenciée de la mort subite à la suite de l'infarctus du myocarde est débattue par les médecins légistes faute des données cathamnétiques suffisantes pour que l'épicrise soit bien argumentée.

Il est à noter les cas de la mort à la suite de l'infarctus du myocarde provoqués par l'alcool, c'est à dire on est en présence de la combinaison de l'action des plusieurs agresseurs pathogènes possibles quand la variante est difficile à nommer.

Presque toujours le prosecteur ne constate que les signes de la mort subite. Les examens histologiques, eux, ne peuvent non plus constater toujours la présence des changements aigus dans le myocarde. Pour que les indices morphologiques soient explicites il faut pas moins de douze heures, ce n'est pas le cas de la mort due à l'infarctus provoquée par son accès ou par son paroxysme. Cela veut dire que n'importe lesquels changements dans la morphologie du myocarde ne sont pas possibles à révéler. Dans ces cas les examens biochimiques sont les plus sensibles et complets, car la période de l'altération peut être déterminée seulement après avoir examiner la quantité et la qualité des caractéristiques biochimiques et non pas après avoir étudié les particularités de la structure. C'est l'opinion de certains chercheurs est l'activité dans le sang creatinkinase, lactiquedehydrogenase, aspartataminotransferase, alaninaminotransferase est le facteur pratique de la mort des cardiomyocytes, l'augmentation de la qualité dans le sang myoglobine, de la suite de myosine, est le Troponine cardiaque T et I. Il est à noter qu'il existe la possibilité d'utiliser comme expérience le sang du cadavre et la liquide du pericarde en différence des données de la clinique. Il n'est pas à négliger non plus qu'il est nécessaire d'interpréter les données des cliniciens qui prennent en considération les changements postmortaux et les spécificités de la matière à examiner dans la médecine légale. Aujourd'hui il n'existe pas de tableau clair quant à la possibilité d'utiliser des marqueurs cardiaques ci-dessus pour la diagnose de la mort subite à la suite de l'infarctus du myocarde. Les données de la littérature spéciale montre qu'il faut déterminer la quantité des enzymes des niveaux bas Troponine cardiaque I, myoglobine, aspartataminotransferase, lactiquedehydrogenase, creatinkinase MB dans la liquide du pericarde (du sang) des morts subits comme des critères supplémentaires au cours de la versification de cause de la mort.

Cependant c'est la forme cardiaque du Troponine qui a la plus de spécificité et son apparition n'est possible qu'à lieu de l'altération du myocarde, pendant que d'autres marqueurs déterminant seulement la diagnose possible. Mais ce marqueur vient le dernier, et tout cela fait perdre, son corridor de la diagnose. Quant aux autres marqueurs de la necrose du myocarde ils ne sont valables ni dans la biochimie clinique ni dans la médecine légale. Cela n'est expliqué par leur spécificité insuffisante par le coût élevé de la méthode utilisée ou le manque des connaissances accumulées quant à leur place dans la cascade des réactions pathologiques qui commencent à agir pendant l'infarctus du myocarde et dans le thanatogenèse de la maladie ischémique du coeur. En conclusion il est à noter encore une fois que la question de la diagnose différenciée de l'infarctus du myocarde dans l'expertise de la médecine légale de la mort subite reste ouverte encore aujourd'hui.

THE INFLUENCE OF CARBOPLATIN, METHOTREXATE, CYCLOPHOSPHAMIDE AND EPIRUBICIN ON GLUTATHIONE SYSTEM ON THE BACKGROUND OF α -LIPOIC ACID INJECTION

Laletin V.S.

Scientific chief: Prof. Kolesnichenko L.S., Doctor of Med.

Supervisor: Sen. Teacher Baikovskaya I.S.

Department of Bioorganic and Bioinorganic Chemistry

The development of malignant neoplasms in human body is accompanied by the oxidative stress (an excessive reactive oxygen species (ROS) production). The oxidative stress brings to damage of nucleic acids, proteins and lipids. There are the data that ROS in excessive concentrations play a

considerable part in tumor growth and development by means of genome destabilization, oncogenes activation and angiogenesis stimulation. Thus the vicious circle is formed. The protective defense against the vicious circle is realized by antioxidant systems (AOS) of human body including glutathione system. Homeostasis of the latter takes the central part in tissue protection against an oxidative stress. Chemotherapeutic influence on the vicious circle also should be taken into account. It is known that chemotherapy promotes ROS accumulation and decreases AOS activity. These effects lead to activation of the link **malignant neoplasm** → **oxidative stress**.

Thus, problem how glutathione system could be protected in chemotherapy condition appears. Glutathione application is not effective to increase its level. There is a number of drugs that maintain GSH level; and the most effective drug is α -lipoic acid (α -LA).

The aim of the study was to investigate changes in glutathione system under the influence of antitumoral drugs separately and in combination with α -LA. The experiments were carried out on male-mice. Alkylator carboplatin 5 mg/kg, antimetabolite methotrexate 150 mg/kg, antibiotics epirubicin 10 mg/kg and cyclophosphamide and in the half of the series – α -LA 100 mg/kg were given as a single intraperitoneal injection. GSH concentration and the activity of its metabolism enzymes were measured in 72 hours by standard spectrophotometric methods. The results were statistically worked with the usage of F, t and d tests. All control values were accepted for 100%.

The mass of all organs decreased in comparison with the control values; thus the apparent toxic effect was shown. The GSH concentration of the liver also decreased.

Enzymes activity changed by the following way:

- 1) glutathione peroxidase (GPx) was increased by epirubicin and methotrexate injection and decreased by cyclophosphamide injection;
- 2) epirubicin, carboplatin and methotrexate decreased glutathione transferase (GsT) activity, while cyclophosphamide increased its activity;
- 3) glutathione reductase (GR) activity was increased by methotrexate and cyclophosphamide usage.

Thus, in spite of the fact that GPx activation was the favourable defence reaction, chemotherapy resulted in destabilization of glutathione system as a whole.

Separate α -LA injection led to decrease GPx and GR activity, but did not change GSH concentration.

There were the following changes at combined injection of antitumoral drugs and α -LA:

- 1) injection of α -LA with epirubicin and carboplatin normalized the lowered GsT activity;
- 2) injection of α -LA with methotrexate was accompanied by GR and GsT activity increase and GPx activity decrease to the normal value; thus all enzymes activity normalized;
- 3) injection of α -LA with cyclophosphamide led to increase of GPx in comparison with the control values and relative increase of GSH concentration;
- 4) atrophy of the organs were prevented in all experiments by α -LA injection.

Thus two favorable effects were revealed during the experiment:

- 1) atrophy of the organ reduction;
- 2) the normalization of glutathione metabolism enzymes activity.

Therefore we may speak about the stabilization of glutathione system as a whole by the combined injection of the chemopreparations with α -LA.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

РОЛЬ ОТБЕЛИВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ

Дружинина И.В., Трифонов А.А.

Научный руководитель: асс., к.м.н. Тирская О.И.

кафедра терапевтической стоматологии

Современный этап развития стоматологии характеризуется ориентацией на достижение высоких эстетических результатов. Сегодня пациент, обращаясь к стоматологу, часто выражает не просто желание восстановить разрушенные зубы, но и улучшить эстетический вид здоровых зубов. В этом случае технологии отбеливания позволяют относительно быстро и легко достичь желаемого результата, что обусловило широкое распространение отбеливания зубов и в России. Отбеливание является одним из методов коррекции эстетических нарушений при флюорозе, особенно когда целостность эмали клинически не нарушена.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения отбеливания в комплексном лечении флюороза зубов.

Материалы и методы. Под клиническим наблюдением находилась пациентка 18 лет с меловидно-крапчатой формой флюороза зубов. Особенно выраженный эстетический дефект отмечался в области 12,11,21,22 зубов.

После постановки диагноза пациентке проводили санацию и профессиональную гигиену полости рта. По слепку верхней челюсти изготавливали индивидуальную назубную капу. Однократный сеанс отбеливания проводили с помощью системы «Illumine office» в течение 60 минут. После оценки результатов в план лечения была добавлена микроабразивная обработка вестибулярных поверхностей 12,11,21,22 зубов. Во время микроабразивной обработки эмали удалялся ее микроскопический слой, открывая неизменный в цвете подповерхностный слой. Потеря части эмали незначительна и клинически не определялась. После чего пациентка домашних условиях применяла для отбеливания «Белгель» 20% в течение двух недель согласно прилагаемой инструкции. Результаты отбеливания фиксировались на цифровой фотоаппарат.

Результаты. Результат первой процедуры отбеливания пациентку не удовлетворил, так как цвет пятен на вестибулярной поверхности 11,12,21,22 зубов изменился незначительно. По-видимому, это связано с глубокими изменениями в эмали и дентине при флюорозе. Вследствие чего пациентке потребовалась коррекция плана лечения.

Результатом проведенной микроабразии эмали 11,12,21,22 зубов и применения в домашних условиях «Белгеля» 20% в течение недели явилось значительное осветление участков пигментации на поверхности эмали 12,11,21, 22 зубов. При применении «Белгеля» 20% в течение следующей недели усиления отбеливающего эффекта не отмечалось, пятна оставались слабо различимыми на фоне остальной эмали.

Пациентка хорошо переносила процедуру отбеливания, ношение каппы с гелем дискомфорта или болевых ощущений не вызывало. Из осложнений отмечался только химический ожог десны легкой степени определяющийся в виде побеления десневого сосочка в области 21 зуба при первой процедуре отбеливания. Поэтому необходимость в тщательной изоляции десны существует, особенно при аномалиях положения и скученности зубов. Явлений гиперестезии зубов после отбеливания не отмечалось, по-видимому, благодаря введению в состав препарата нитрата калия, снижающего или предотвращающего явления гиперестезии.

На основании полученного опыта работы хотелось отметить, что «Illumine office» достаточно быстро становится плотным, после чего плохо распределяется по поверхности каппы и зубов, вследствие чего могут появляться поры между эмалью и материалом, что ухудшает результат, поэтому рекомендуем наносить каппу на зубы, не дожидаясь наступления полной полимеризации материала.

Таким образом, с помощью отбеливания при флюорозе трудно добиться высоких эстетических результатов. В связи с серьезными морфологическими изменениями в эмали целесообразно сочетать отбеливание с предварительной микроабразией, что значительно улучшает результат лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОКРЫВНЫМИ СЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Куликова М.Н., Рудченко А.С.

Научные руководители: асс. Бессчастный Д.С. к.м.н. Диденко Н.М.

кафедра ортопедической стоматологии

На сегодняшний день специфика ортопедического приема такова, что значительную роль в работе врача стоматолога-ортопеда занимает лечение пациентов с дефектами зубных рядов, нуждающихся в съемном протезировании – 33-58% (Копейкин, 1994; Б.П. Марков, 1998.).

При лечении данной патологии чаще всего используются частичные съемные пластиночные протезы с удерживающими кламмерами.

В ряде случаев они не только не восстанавливают в необходимой степени функцию зубочелюстной системы, но и оказывают отрицательное воздействие; боковые нагрузки и наличие незначительных постоянных смещений протеза оказывают расшатывающее действие на сохранившиеся зубы, что в конечном итоге приводит к потере последних.

Возможность укорочения опорных зубов с изготовлением штифтовых вкладок со сферическими аттачменами позволяет исключить подобные вывихивающие движения.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов протезирования покрывными съемными конструкциями.

Задачи исследования:

1. Изучить соотношение фаз адаптации после протезирования покрывными конструкциями и частичными съемными пластиночными протезами с кламмерной фиксацией.
2. Исследовать состояние тканей протезного ложа во время адаптации к покрывным протезам и частичным съемным.
3. Сравнить результаты лечения двумя методами.

В клинике ортопедической стоматологии было проведено лечение 3-х пациентов покрывными протезами с фиксацией на сферические аттачмены, укрепленные в сохранившихся корнях естественных зубов с помощью штифтовых вкладок.

Для сравнения результатов лечения покрывными и частичными съемными пластиночными протезами была подобрана группа пациентов в количестве 10-ти человек с изготовлением обычных пластиночных протезов.

В ходе проведенной работы мы пришли к выводу, что использование покрывных протезов позволяет достигнуть значительных положительных результатов в лечении пациентов с частичным отсутствием зубов. По сравнению с контрольной группой отмечается значительное сокращение сроков адаптации, меньше травмирующее действие протеза на слизистую оболочку и пародонт опорных зубов. Использование подвижных зубов и

зубов со значительно разрушенной коронковой частью в качестве опоры для покрывных протезов позволяет избежать психологической травмы, связанной с удалением последних зубов.

Таким образом, при наличии материальных и технических возможностей, протезирование пациентов со значительными дефектами зубных рядов покрывными конструкциями представляется наиболее желательным.

ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УРОВНЯ РЕЖУЩИХ КРАЕВ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ НА ВНЕШНИЙ ВИД ПАЦИЕНТА

Куликова М.Н.

Научные руководители: асс. Бессчастный Д.С., к.м.н. Диденко Н.М.

кафедра ортопедической стоматологии

Одной из основных составляющих феномена «человеческой» красоты является восприятие лица индивидуума. В формировании положительного впечатления от лица вообще главенствующую роль занимает улыбка.

Чаще всего, видимость зубов при улыбке с возрастом не меняется. Это связано с тем, что происходит активная работа круговой мышцы рта.

Оценить характерные изменения можно лишь при наблюдении за пациентом во время разговора. Так, если в возрасте до 30 лет верхние резцы видны на 3,5 мм, а нижние – на 0,5 мм, то в возрасте старше 60 лет верхние резцы не видны вообще, а нижние обнажаются на 3 мм.

Оценив объективно все характеристики зубов и зубных рядов, можно сделать предварительный вывод о возрасте пациента, и, следовательно, изменив эти параметры при протезировании, мы можем не только значительно улучшить внешний вид пациента, но и повлиять на восприятие его возраста окружающими.

Целью данного исследования явилось выявление влияния уровня восстановления режущего края фронтальных зубов на внешний вид пациента, и, в частности, на восприятие его возраста.

Задачи исследования:

- 1) определить исходное положение краев верхних резцов относительно краев губ при разговоре на момент обращения в клинику;
- 2) определить возможность изменения субъективного восприятия возраста в зависимости от постановки уровня режущих краев ортопедических конструкций;
- 3) исследовать состояние улыбки в различных возрастно-половых группах;
- 4) провести оценку результатов лечения как специалистами-стоматологами, так и самими пациентами.

В клинике ортопедической стоматологии было произведено лечение 24-х пациентов, из них 9 мужчин и 15 женщин в возрасте от 20 до 65 лет.

Вмешательство проводили по следующим причинам:

- травма;
- несостоятельность прямых композитных реставраций;
- патологическая стираемость зубов;
- наличие диастемы и трем;
- меловидно-крапчатая форма флюороза.

14-ти пациентам были изготовлены металлокерамические конструкции, 10 пациентов протезированы винирами. При протезировании в каждом случае обязательно учитывалось соотношение длины и ширины зубов.

Во всех случаях было произведено удлинение резцов до эстетического оптимума. В зависимости от клинической ситуации удлинение составляло от 0,5 до 3 мм.

После лечения пациенты отмечают достижение функциональной полноценности, высокое качество изготовленных конструкций, полное восстановление эстетических параметров передних зубов.

Таким образом, мы пришли к выводу, что уровень восстановления режущих краев передних зубов имеет значительное влияние на внешний вид пациента, в частности, на восприятие его

возраста. После увеличения длины резцов отмечается изменение субъективного восприятия биологического возраста пациента в лучшую сторону в пределах до нескольких лет, благодаря чему возрастает положительная оценка пациентом результатов протезирования и снижается вероятность возникновения конфликтных ситуаций в системе взаимоотношений «врач-пациент».

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА И СРЕДСТВ ПО УХОДУ ЗА ЗУБАМИ

Поймова Я.Д., Опарина Е.В., Колесникова Л.Р., Семенова О.С.

кафедра стоматологии детского возраста

Известно, что залогом здоровья твердых тканей зубов и десен является регулярная и правильная гигиена полости рта. С самого раннего возраста необходимо прививать ребенку гигиенические навыки по уходу за зубами. Научив и приучив ребенка к проведению регулярных гигиенических процедур в полости рта, можно быть уверенным в сохранении здорового состояния зубов и десен. Для этого важно иметь четкое представление об основных и дополнительных детских гигиенических средствах по уходу за зубами.

На уровень гигиенического состояния полости рта оказывают непосредственное влияние многие факторы, в частности методика чистки зубов, мотивация и убежденность в ее необходимости, частота и продолжительность процедуры чистки зубов, а также уровень просвещения по данному вопросу. Вышеуказанные предположения были подтверждены исследованием, организованным и проведенным сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста совместно со студентами на базе детского сада №158 Центра развития ребенка «Родничок».

Целью данного исследования было выявление зависимости гигиенического состояния полости рта у детей от эффективности обучения и использования различных средств гигиены. Для достижения поставленной цели были организованы две группы детей в возрасте 6–7 лет: I группа – основная (15 человек), II группа – сравнения (15 человек), которые находились под наблюдением специалистов в течение 2-х месяцев.

Среди родителей детей, участвовавших в исследовании, было проведено анкетирование для определения уровня их знаний о гигиене полости рта и средствах гигиены. Анализ ответов родителей на предложенные вопросы показал, что дети достаточно регулярно пользуются различными средствами гигиены таких известных фирм, как «Oral-B», «Blend-a-med», «Невская косметика», «Калина» и др. Некоторые дети пользуются дополнительными средствами гигиены – ополаскивателями, флоссами. В основном родители не помогают детям чистить зубы, ошибочно думая, что те уже большие и должны делать это самостоятельно.

Дети основной группы ежедневно дважды чистили зубы, с ними проводились групповые и индивидуальные занятия под руководством специалистов по обучению правильной гигиене полости рта, стандартному методу чистки зубов по Г.Н. Пахомову, отработке мануальных навыков на «Тренажере для обучения навыкам чистки зубов». Контроль чистоты зубов осуществлялся регулярно. Дети группы сравнения самостоятельно дважды в день чистили зубы, но обучающих занятий по гигиене полости рта с ними не проводилось.

Гигиеническое состояние полости рта у детей оценивалось при помощи гигиенического индекса Грина–Вермильона без учета показателя зубного камня. Во время наблюдения не замечено зависимости гигиенического состояния полости рта у детей от выбора средств гигиены, однако, установлено, что обучение гигиене полости рта, воспитание убежденности обязательного ухода за зубами и мотивации к этому оказывают существенное влияние на уровень гигиенического состояния полости рта у ребенка. Также отмечено улучшение гигиенического индекса, т.е. снижение показателя зубного налета у детей основной группы, тогда как в группе сравнения существенных изменений практически не произошло.

По результатам проведенного исследования можно заключить, что гигиеническое состояние полости рта у детей в основном находится в прямой зависимости от метода чистки зубов, от эффективности удаления зубного налета, а именно от хорошо закрепленных мануальных навыков; обучение детей основным правилам гигиенического ухода за полостью рта и постоянный со стороны родителей контроль его качества значительно улучшают гигиенические показатели.

Формирование у детей привычки регулярно ухаживать за зубами – процесс достаточно длительный и требует сотрудничества родителей, воспитателей, педагогов и медицинского персонала дошкольного учреждения и школы. Поэтому, в первую очередь, родителям, опираясь на методические рекомендации врачей-стоматологов и специалистов дошкольного учреждения, необходимо помогать детям чистить зубы, ежедневно контролировать чистоту зубов, что очень важно для привития гигиенических навыков, повышения эффективности удаления зубного налета и в дальнейшем сохранения здоровых зубов и десен.

МИНИМАЛЬНАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ФИССУР И ВЫБОР ГЕРМЕТИКА

Салькова С.Ю.

Научные руководители: Колесникова Л.Р., Семенова О.С.

кафедра стоматологии детского возраста

За последние годы наши представления о процессах деминерализации и реминерализации, о возникновении кариеса и методах его лечения претерпели значительные изменения. Хирургический подход, разработанный Блекум, утратил свою актуальность. Специалисты во всем мире осваивают принципы минимальной интервенции в стоматологии.

Существует проблема фиксации герметика в фиссурах, что может быть связано с особенностью строения эмали в них. С целью выбора оптимального материала для герметизации фиссур различного типа при их минимальной обработке было проведено исследование.

Цели нашего исследования:

- 1.Выявление частоты встречаемости фиссур открытого и закрытого типа.
- 2.Проведение диагностики кариеса в фиссурах для выявления неинфицированных.
- 3.Проведение герметизации фиссур разного типа с минимальной интервенцией.
- 4.Проведение сравнительной характеристики результатов герметизации от выбора материала.

Нами были осмотрены первые постоянные моляры нижней челюсти у детей 6–7 лет, обследовано 40 зубов. Проведена герметизация неинфицированных фиссур с минимальной обработкой твердых тканей. В качестве герметика использовали СИЦ «Фуджи» и светоотверждаемый герметик «Фиссулайт».

В результате отмечено, что наиболее оптимальным материалом является стеклоиономерный цемент, так как он осуществляет, характерную для него, ионообменную адгезию с эмалью фиссуры.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТРЕЙНЕРОВ

Т.Г.Хорёнова

Научный руководитель: к.м.н. Диденко Н.М., к.м.н. Газинский В.В

кафедра ортопедической стоматологии

Резюме: Актуальной проблемой стоматологии является своевременная диагностика и комплексное лечение одного из распространенных патологических состояний зубочелюстно-лицевой системы — синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). В

70—89% случаев синдром не связан с воспалительным процессом, а является обычным функциональным нарушением. Синдром обусловлен изменениями в мягкотканых элементах: диске, дисковой зоне, капсулярно-связочном аппарате, латеральных крыловидных мышцах.

Пациенты с этой патологией занимают уникальную нишу в системе здравоохранения, они часто направляются от одного врача к другому в поисках адекватного лечения. Очень часто заболевание остается не только не излеченным, но и не диагностированным. Поэтому использование ВНЧС-трейнера является необходимой составной частью комплексного лечения синдрома дисфункции ВНЧС. Результаты исследования 25 пациентов показали высокую эффективность применения ВНЧС-трейнеров в процессе комплексного лечения синдрома дисфункции ВНЧС. Оптимальные результаты наблюдались при режиме ношения ВНЧС-трейнера не менее 4 часов днем и во время сна для формирования физиологического расположения челюстей в конструктивном прикусе. Использование данного аппарата является очень удобным и легким как для врача так для пациента.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ

1. Тезисы принимаются только в электронном виде в формате MS Word (*.doc)
2. Тезисы должны быть набраны шрифтом Times New Roman 12pt, с одинарным интервалом, поля сверху, снизу, слева и справа – 2 см.
3. Объем тезиса не должен превышать 1/2 печатной страницы формата А4.
4. Не допускается вставление рисунков и формул.
5. В заглавии должны быть указаны: название (ЗАГЛАВНЫМИ буквами), с новой строки – фамилии и инициалы авторов (Иванов И.И.), с новой строки – ученая степень, фамилия и инициалы научного руководителя (проф., д.м.н. Сергеев С.С.), с новой строки – полное название кафедры (кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета).
6. В содержании тезисов должны быть отражены и выделены: цель, методы исследования, полученные результаты, заключение.
7. В названии публикации не допускаются сокращения.
8. Публикации принимаются по электронному адресу: tesis-mechnikov@mail.ru, или на CD диске с бумажной копией.
9. Имя файла с публикацией оформляется по следующим правилам: фамилия и инициалы первого автора, секция, порядковый номер работы (если их представлялось несколько). Например – «Иванов И.И. тер1».
10. Вместе с публикацией необходимо выслать файл в формате Word, содержащий Ф.И.О., телефон и/или e-mail авторов для связи с редколлегией.
11. Редколлегия оставляет за собой право редакционной правки.

Тезисы, не соответствующие указанным правилам, публиковаться не будут!

ВНИМАНИЕ!

Тезисы к 74-й итоговой студенческой научной конференции принимаются до 1 апреля 2007 года.

Это интересно!

Объявляется конкурс на символ Студенческого Научного Общества. Лучший займет место на титульном листе материалов 74-ой студенческой научной конференции. Дерзайте! E-mail/ tesis-mechnikov@mail.ru

Совет СНО им. И.И. Мечникова

Редактор сборника: проф., д.м.н. Беялов Ф.И. , Бутуханова Л.В, Казаков М.

Составление и верстка: Бутуханова Л.В, Казаков М.

**ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ СНО ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА ИГМУ**
(Приняты советом СНО 4.04.03)

1. На конференции могут быть представлены работы студентов ИГМУ или любых других ВУЗов, подходящие по теме.
2. Программа конференции включает проведение секционных и пленарного заседания, на каждом из которых лучшие работы отмечаются одним из трех призовых мест.
3. На пленарное заседание секции представляют по одному лучшему докладу.
4. Предусмотрены секции:
 - а) практические: медико-биологическая, хирургическая, терапевтическая, психосоматическая, педиатрическая, санитарно-гигиеническая, стоматологическая, фармацевтическая и акушерско-гинекологическая;
 - б) теоретические: философии, истории, культурологии и экономической теории, биохимии на английском языке, микробиологии на английском языке, микробиологии на немецком языке, патологии на английском языке, секции французского языка и русского языка как иностранного.
5. Работу секции возглавляет председатель секции (студент, избранный старостами кружков и председателем СНО на совете).
6. Пленарное заседание проводят руководитель и председатель СНО.
7. Председатели являются ответственными за соблюдение установленных правил в рамках своей секции.
8. Оценка и награждение студенческих работ осуществляется жюри, которое формируется непосредственно перед заседанием.
9. В состав жюри могут входить научные руководители работ и другие сотрудники кафедр ИГМУ (ассистенты, доценты и профессора).
10. Число представленных судей от каждой кафедры должно быть равным.
11. В исключительных случаях, с согласия всех членов жюри, кафедра может представить другое количество судей.
12. Если хотя бы один из членов жюри не согласен с изменениями в его составе, число представителей кафедр должно быть уравнено.
13. Студенческие работы подразделяются на практические и реферативные.
14. Практической считается выполненная студентом или группой студентов работа, проведенная на собственном материале, включающая самостоятельно полученные результаты и сформулированные на их основе выводы, а также работы, включающие собственный анализ первичных данных практического здравоохранения.
15. Реферативными считаются:
 - а) обзоры, а также любые работы, описывающие исследования и научный анализ других авторов;
 - б) работы, заявленные как практические, в которых докладчик не может обоснованно доказать свое личное участие.
16. Оба вида работ могут быть представлены на любой секции в рамках темы.
17. Практические работы могут быть отмечены одним из трех призовых мест на любой секции и пленарном заседании.
18. Реферативные работы могут быть отмечены одним из трех призовых мест только на теоретических секциях (п. 4б).
19. Если доклад победителя практической секции признается реферативным на пленарном заседании, он лишается призового места и снимается с конкурса.
20. Для оценки докладов может быть использована система, рекомендуемая советом СНО, или любая другая, принятая на секции. При этом должны быть соблюдены следующие общие правила:

- а) уровень доклада определяется суммой мест, присвоенных каждым членом жюри;
 - б) при оценке степени личного участия авторов оценивается не только работа коллектива в целом, но и вклад отдельных студентов;
 - в) при оценке представленных иллюстраций учитывается только наглядность и информативность, а не способ представления;
 - г) член жюри доклад, представленный с его кафедры, не оценивает.
21. Настоящие правила могут ежегодно пересматриваться на заседании совета СНО, проводимого перед итоговой конференцией.

Внимание!

1. Самостоятельная научно–исследовательская работа студентов **не** должна представлять клинический случай, описание медицинской техники, электронные калькуляторы.
2. Клинические и экспериментальные данные должны быть обработаны с помощью статистических методов с указанием достоверности полученных результатов.
3. В докладе и публикациях должны быть четко сформулированные и обоснованные выводы.
4. На конференции работа представляется в мультимедийной форме (формат Power Point).

Это интересно!

Объявляется конкурс на символ Студенческого Научного Общества. Лучший займет место на титульном листе материалов 74-ой студенческой научной конференции. Дерзайте! E-mail/tesis-mechnikov@mail.ru