

камеру пульпы. В отпрепарированную полость направляли световод фотополимеризационной лампы в контакте с твердыми тканями зуба. Во втором случае измерили температуру в камере пульпы при толщине надпульпарного слоя дентина 1 мм. В третьем случае измерили температуру в камере пульпы с нанесением одного слоя адгезива. Изменения температуры фиксировали каждые 5 секунд в течение 60 секунд.

Получили следующие результаты:

1. В процессе проведения фотополимеризации температура в пульпарной камере повышается. В первом опыте без нанесения адгезива она повысилась на 2,9° С, во втором с нанесением одного слоя адгезива на 1,4°С.

2. При истончении надпульпарного слоя отмечается тенденция к критическому повышению температуры для пульпы до 33,4°С.

3. В процессе проведения исследования выявлена прямая зависимость времени воздействия полимеризационного устройства и повышения температуры в пульповой камере за 5 секунд на 0,2°С, за 60 секунд - на 1,4°С.

ЭТАПНОСТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

А.А. Малюх

Научный руководитель – *С.М. Метельский*

Белорусский государственный медицинский университет

Сахарный диабет (СД) относится к тяжелым болезням человека, ведущим к ранней инвалидизации, ухудшению качества жизни и сокращению ее продолжительности. По данным эпидемиологических исследований примерно 5% населения страдает СД. При этом ежегодно число больных СД увеличивается на 5-7%, а каждые 12-15 лет – удваивается [3]. Одним из осложнений СД, определяющим прогноз заболевания, является диабетическая нефропатия (ДН). В последние годы ДН занимает одно из ведущих мест среди причин развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН) [1, 2]. Вплоть до настоящего времени особенности развития, профилактики и лечения ДН до конца не изучены [4]. Основой лечения и профилактики ДН является коррекция факторов риска, компенсация СД. Таким больным показано раннее назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), обладающих способностью замедлять падение СКФ и уменьшать протеинурию [2].

Целями нашей работы было изучение распространенности ДН у больных СД на разных этапах прогрессирования заболевания, анализ уровня диагностики и лечебной тактики при ДН.

Под наблюдением находились 56 больных СД, лечившихся стационарно в терапевтических отделениях 432 ГВКГ МО РБ. Возраст больных – от 18 до 83 лет, у 7 из них был СД I типа, у 49 – СД II типа. ХПН была выявлена у 10 больных, при этом у 3-х была тХПН.

Результаты. У 22 из 56 больных СД (34 %) были обнаружены признаки ДН на стадии протеинурии. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена в 30 случаях (54 %). Среди 30 больных СД с АГ в 22 случаях выявлена протеинурия, что составило 73%.

Для определения стадийности прогрессирования ДН 49 больных СД II типа были разделены на три подгруппы в зависимости от продолжительности анамнеза заболевания. В первую подгруппу, с анамнезом заболевания до 5 лет, вошли 18 человек. У 4-х из них (22 %) была отмечена стойкая протеинурия. Вторую группу составили 11 человек с длительностью СД от 6 до 10 лет было, при этом только у 2 из них (18 %) были обнаружены изменения в моче. И, наконец, группу с длительностью заболевания свыше 10 лет составили 20 пациентов, из которых у 13 (65 %) имела место стойкая протеинурия.

При анализе лечебной тактики по материалам историй болезней выявлено, что ИАПФ назначались лишь 13 больным из 56 (23 %).

Выводы: 1) распространенность диабетической нефропатии у больных СД находится на высоком уровне — от 39% до 43% (на стадии протеинурии); 2) частота распространенности диабетической нефропатии зависит от длительности заболевания СД, степени коррекции факторов риска (в частности, артериальной гипертензии); 3) уровень диагностики диабетической нефропатии остается низким; 4) диагностическая и лечебная тактика ведения

больных СД в стационарах терапевтического профиля не всегда соответствует международным рекомендациям.

Литература

1. Башир Мохамед Ламмин, Пилотович В.С. Клинико-лабораторные особенности ранних стадий диабетической нефропатии / Белорусский медицинский журнал. – 2003. – № 3. – С. 42-44.
2. Дедов И.М. Осложнения сахарного диабета. – М., 1995.
3. Добронравов В.А. Эпидемиология диабетической нефропатии: общие и региональные проблемы // Нефрология. – 2002. – № 1. – С. 16-21.
4. The kidney and hypertension in diabetes mellitus. - 4 ed. /Ed.: Mogensen C. - Boston, Dordrecht, London: Kluwer academic publishers. - 1998. - 605p.

РОЛЬ МРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

С.С. Матусевич

Научный руководитель – *С.Б. Борейко*

Белорусский государственный медицинский университет

Одними из наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы, являются болезни, в основе которых лежит поражение миелиновой оболочки. Основным представителем этой группы является рассеянный склероз (РС).

Медицинская значимость этой проблемы обусловлена: достаточно большой распространенностью этого заболевания (от 13 до 80 больных на 100 000 населения), преимущественным поражением лиц молодого трудоспособного возраста, и быстрого наступления разной степени тяжести инвалидизации.

Данное сообщение основано на проведенном анализе краниальных МР-томографии 53 больных с клиническими признаками РС. Средний возраст больных составил 40 лет (от 18 до 54 лет), наблюдалось 16 мужчин и 37 женщин.

МРТ исследования проводились в 2002 – 2003 году в кабинете МРТ РКПБ. Мультипланарное исследование (аксиально и сагитально) в T1- и T2-взвешенных (T1W и T2W) режимах осуществлялось на МР-томографе «ОБРАЗ-2М» с резистивным магнитом и напряженностью основного магнитного поля 0,14 Тесла. Использовались стандартные импульсные последовательности SE, GE, TSE, IR, ME.

Исходя из наблюдений наиболее информативными для выявления очаговых изменений при РС оказались T2 -взвешенные изображения в аксиальной и сагитальной плоскости, на которых очаги имели наибольшую контрастность.

На краниальных МР-изображениях больных РС отмечались следующие изменения: множественность поражения, преобладание мелких очагов иногда со склонностью к слиянию, отсутствие объемного воздействия, преимущественная локализация в перивентрикулярном белом веществе больших полушарий, поражение мозолистого тела, не типичность выявления субтенториально расположенных очагов при отсутствии поражения больших полушарий, выявление клинически немых очагов.

Данные изменения классифицировались по тяжести процесса и его локализации, отдельно учитывалось вовлечение в патологический процесс мозолистого тела.

По тяжести процесса выделены следующие группы: 1 степень – 17 (32 %), 2 степень – 14 (26,4 %), 3 степень – 16 (30,2 %), 4 степень – 6 (11,4 %).

Выявлена локализация процесса: перивентрикулярная область - 42 случая (79,2 %), субкортикальное расположение очагов - 2 случая (3,77 %), ствол мозга - 1 случай (1,88 %), мозжечок - 3 случая (5,66 %), поражение нескольких областей - 5 случаев (9,43 %).

Изменения со стороны мозолистого тела наблюдались в 37 случаях (69,8 %). Изменения в мозолистом теле локализовались в различных его отделах, отмечался их полиморфизм.

Выводы.

1. Использование МРТ головного мозга позволяет с большой достоверностью установить диагноз РС, так как обладает высокой чувствительностью и возможностью непосредственно визуализировать и точно локализовать поражение.