

тяжести, контрольную группу составили 20 практически здоровых человека. Все больные получали стол №10 (по Певзнеру) и базисную патогенетическую терапию, которая включала в себя эналаприл по 20-40 мг в сутки, атенолол по 50 мг в сутки, и гипотиазид по 25 мг в сутки. Дополнительно в данной группе больных проводились физические тренировки на велотренажере. В основу положено использование физических тренировок в зависимости от индивидуальной переносимости физической нагрузки. Продолжительность одного занятия - 30 минут. Исходная интенсивность тренировок была равна 50% от выявленной индивидуальной пороговой нагрузки по данным ВЭП [Нечесова Т.А., 1990]. Лечение продолжалось 12-14 дней, велотренировки проводились ежедневно и включали 8-9 сеансов.

Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия использовались пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином по методике описанной Celermajer D.S. (1992). В качестве информативной реографической величины оценивали относительное изменение пульсового прироста крови, вызванное реактивной гиперемией, создаваемой наложением на плечо манжеты, давление в которой повышали до 240-270 мм рт.ст. в течение 4-5 минут и фармакологическим воздействием для чего больной принимал сублингвально 0,5 мг нитроглицерина. Признаком дисфункции эндотелия считали прирост ПК на реактивную гиперемию менее 10% и достоверную разницу между приростом ПК на реактивную гиперемию и прием нитратов.

Результаты. Эндотелийзависимая вазодилатация у больных АГ до лечения была снижена, по сравнению со здоровыми лицами (30,90±2,10%, $P<0,001$). Прирост ПК на реактивную гиперемию составил $11,10\pm 2,30\%$. Колебания были в пределах от 4,10% до 23,50%. Эндотелийнезависимая вазодилатация была сохранена и не отличалась от таковой у здоровых лиц. После проведенного курса велотренировок эндотелийзависимая вазодилатация в данной группе больных улучшилась. У всех 7 больных прирост ПК на реактивную гиперемию увеличился и в среднем составил $19,90\pm 2,62\%$, ($P<0,05$). Диапазон колебаний прироста ПК на реактивную гиперемию составил от 12,40% до 30,90%. Наиболее значительное улучшение эндотелийзависимой вазодилатации было у больных с исходно низким приростом ПК на реактивную гиперемию (менее 11,1%). Динамика эндотелийнезависимой вазодилатации отсутствовала.

Таким образом, включение в комплексное лечение велотренировок оказывает положительное влияние на функцию эндотелия у больных АГ, что может уменьшить риск развития осложнений АГ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА РЕАНИМАЦИОННОГО ЭТАПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

П.П. Прохоров

Научный руководитель – к.м.н., доцент *В.М. Гриб*
Белорусский государственный медицинский университет

Пневмония является на сегодняшний день одной из актуальных проблем внутренних болезней. Угроза летального исхода в ряде случаев диктует необходимость реанимационного этапа в лечении больных этой патологией. Однако всегда ли обосновано и по каким показаниям госпитализируются больные с пневмонией в реанимацию? Ответ на этот вопрос и явился предметом данного исследования.

С этой целью были проанализированы истории болезни больных пневмонией, лечение которых включало и реанимационный этап. Из общего количества больных с пневмонией, пролеченных в 2002 году в отделении пульмонологии 2 клинической больницы г.Минска, 20 госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). Среди данной категории больных преобладали мужчины (13 больных). Возрастной состав был разный – от 19 до 90 лет. В 1 случае зафиксирован летальный исход.

Оценка обоснованности к госпитализации в ОИТР проводилась по ряду показателей, используемых на сегодняшний день в практической медицине - нарушение газового состава крови, объем поражения легких, одышка и др. Были получены следующие результаты – нарушения газового состава крови (PaO_2 , $PaCO_2$) отмечены у 9 больных, одышка свыше 30 в минуту – у 7, двусторонняя инфильтрация в легких – у 6, нарушение сознания – у 2 больных. В половине случаев было 2 и бо-

лее показаний для госпитализации в ОИТР. При анализе историй 5 больных (25%) ни один из используемых критериев обоснованности госпитализации в ОИТР не был выявлен.

Определенным преимуществом по комплексной оценке тяжести пневмонии и обоснованности госпитализации обладает шкала Fine M.S., в которой учитываются факторы риска возможного летального исхода больных внебольничной пневмонией. В соответствие с суммарной балльной оценкой таких параметров, как возраст, лабораторные анализы, данные физического обследования, наличие сопутствующих заболеваний (около 20 параметров) выделяются 5 классов риска больных внебольничной пневмонией. При этом больные с 1-2 классом риска могут лечиться амбулаторно, с 3 классом – нуждаются в непродолжительной госпитализации, и только больным с 4-5 классом риска необходимо стационарное лечение (включая и ОИТР).

Указанная схема также была использована для оценки обоснованности госпитализации больных с пневмонией в ОИТР. Суммарный подсчет баллов показал, что почти половина больных – 9(45%) имели самый низкий класс риска (1-2), у 3 больных определялся 3 класс риска, и только 8 больных (40%) имели высокую степень риска летального исхода (4-5 класс) и действительно должны были быть госпитализированы в ОИТР. Высокий класс риска (5 класс) определялся и у больной с летальным исходом.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Во многих случаях больные с пневмонией госпитализируются в ОИТР без достаточных оснований.
2. Чаще всего поводом для госпитализации больных в ОИТР являются выраженная одышка, изменения газового состава крови и большой объем рентгенологических изменений.
3. Прогностическая система оценки факторов риска по Fine S.M., достаточно удобна и объективно отражает не только риск летального исхода, но и может использоваться для оценки степени тяжести пневмонии.

КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА. МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ

Н.Н. Пустовойтова, А.А. Сухорукова

Научный руководитель – к.м.н., доцент *Л.Л. Александрова*

Белорусский государственный медицинский университет

При планировании комплексного лечения больных со стоматологическими заболеваниями врач испытывает значительные затруднения. Кроме того, не имея клинического опыта студенту и молодому врачу без наглядного отображения данных, полученных при обследовании трудно наметить весь объем лечебных и профилактических мероприятий. В ряде стран при обследовании и планировании лечения применяется ортопантограмма и карта стоматологического статуса (К.С.С.). В РБ и странах СНГ вышеизложенное не практикуется. Поэтому данная проблема актуальна.

Цель работы: Внедрить в учебный процесс планирование лечения стоматологического больного на основании заполнения карты стоматологического статуса и ортопантограммы.

Задачи:

1. Адаптировать карту стоматологического статуса к использованию на кафедре терапевтической стоматологии.
2. Освоить методику заполнения карты стоматологического статуса на основании клинического обследования и ортопантограммы.
3. Изучить использование методики планирования лечения на основании заполнения карты стоматологического статуса (К. С. С.) и ортопантограммы в учебном процессе.

Материалы и методы: Нами было обследовано 25 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, у которых исследование стоматологического статуса проводилось с помощью стандартного набора инструментов с использованием основных индексов: Грина-Вермильона, GI, КПИ, КПУ, а также всем проводилось ортопантомографическое исследование. Эти данные заносились в К.С.С. Карта представляет собой зубную формулу и миллиметровое разлинейвание альвеолярной кости. Для ее заполнения имеются стандартные обозначения, основные и дополнительные.

Мы предлагаем: