

1. Отображать на одной карте состояние твердых тканей зубов, корневых каналов и уровень деструкции костной ткани, а также объем планируемого лечения.
2. Для этого использовать два цвета – синий и красный.
3. Синим цветом отображать состояние зубочелюстной системы, а красным – объем планируемых лечебно-профилактических мероприятий.

На основании анализа заполненных карт можно сделать следующие выводы:

Карта стоматологического статуса:

1. Информативна, наглядно отображает состояние стоматологического статуса пациента (как твердых тканей зубов, так и тканей маргинального периодонта).
2. Позволяет планировать индивидуальное комплексное лечение пациента.
3. Отображает динамику наблюдения и качество лечения.
4. Формирует клиническое мышление.

Все вышесказанное позволяет рекомендовать карту стоматологического статуса для внедрения в учебный процесс.

ИНТЕРЛЕЙКИН-1 α КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

М.Ю. Ревтович

Научный руководитель – д.м.н., профессор *С.И. Леонович*
Белорусский государственный медицинский университет

Острый панкреатит - одно из тяжелейших заболеваний органов брюшной полости, сопровождающееся высокой летальностью (1). В развитии и прогрессировании острого панкреатита важная роль отводится провоспалительным цитокинам, одним из которых является интерлейкин-1 α (ИЛ-1 α).

У 43 больных острым панкреатитом на 1 и 10 сутки лечения (мужчин-33, женщин- 10; средний возраст 37,5 \pm 2,49 года и 52,1 \pm 4,79 года соответственно) проведено исследование уровня ИЛ-1 α в сыворотке крови и перитонеальном экссудате (16 больных) с целью прогностической оценки результатов проводимой терапии и оценки тяжести течения процесса. Исследования проведены с помощью набора ООО “Цитокин” (Санкт-Петербург) на основе “сэндвич”-метода твердофазного иммуноферментного анализа. В зависимости от суммы баллов прогноза по схеме В.Б.Красноголова и соавт.(1999) (1) нами выделены следующие группы: 1-ая группа (1,3-2,5 баллов)- 20 человек; 2-ая группа (2,6-4,4 баллов)- 23 человека.

Сравнение групп больных показало статистически достоверное превышение уровня ИЛ-1 α у пациентов 2 группы (297,3 \pm 54,57 пг/мл) по сравнению с пациентами 1 группы (129,4 \pm 4,0 пг/мл, (p<0,01)). При этом в случае осложненного течения заболевания (гнойно-воспалительные осложнения)- 4 человека уровень данного цитокина был выше по сравнению с пациентами с неосложненным течением заболевания- 27 человек (p<0,05). Это объясняется стимуляцией продукции данного цитокина липополисахаридом грамотрицательных бактерий (2). Обращает на себя внимание, что уровень ИЛ-1 α в сыворотке крови повышался задолго (в среднем за 11 \pm 1,5 суток) до возникновения гнойно-воспалительных осложнений, определяемых клинически. Поэтому высокий уровень ИЛ-1 α на 10 сутки заболевания (у 1 больного 1 группы- 506 пг/мл и у 11 больных (71,4%) 2 группы- 437,6 \pm 41,95 пг/мл) рассматривался нами как проявление инфицирования очагов некроза и явился показанием к коррекции антибактериальной терапии в пользу назначения цефалоспоринов 3-4 поколений (максипим) в сочетании с метронидазолом, что позволило избежать гнойных осложнений у этой группы больных. Сравнительная оценка сывороточной концентрации цитокина и концентрации в перитонеальном экссудате показала, что во 2 группе превалировал системный уровень цитокина (268,3 \pm 26,41 пг/мл) над таковым in loco (183,9 \pm 21,31 пг/мл, p<0,05). В первой группе наблюдалась инверсия данного соотношения- 143,7 \pm 6,23 пг/мл и 554,9 \pm 62,95 пг/мл соответственно (p<0,01). В связи с этим для практических целей нами предложен коэффициент, представляющий собой отношение сывороточной концентрации ИЛ-1 α к его концентрации в перитонеальном экссудате. При этом при

более легком течении панкреонекроза, согласно нашим данным, он равен $0,28 \pm 0,038$, в то время как для более тяжелых форм панкреонекроза этот показатель составил $2,09 \pm 0,450$. По-нашему мнению, знание этих соотношений поможет помочь в установлении тяжести острого панкреатита и явиться более важным нежели знание абсолютных значений цитокина. Таким образом, как абсолютные значения концентраций ИЛ-1 α , так и их динамика, а также соотношение сывороточной концентрации цитокина и концентрации его в перитонеальном экссудате является серьезным подспорьем не только в установлении тяжести заболевания, но и в контроле за эффективностью проводимой терапии. ИЛ-1 α может выступать маркером развития осложнений гнойно-воспалительного характера.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОВАРИЭКТОМИИ

Ю.В.Савочкина, Ю.К. Малевич

Научный руководитель – д.м.н., профессор *Ю.К. Малевич*
Белорусский государственный медицинский университет

В последние годы отмечается резкий рост гинекологических больных, в том числе нуждающихся в оперативном лечении. Одновременно происходит омоложение оперированных женщин и увеличение объёма оперативных вмешательств.

На кафедре акушерства и гинекологии БГМУ проводится работа, целью которой является изучение течения послеоперационного периода у женщин, перенёвших овариэктомию в различные возрастные периоды, а так же изучения влияния изменений гормонального фона организма на иммунологический гомеостаз. Одновременно проводилась оценка психического состояния личности в зависимости от возраста и объёма оперативного вмешательства.

Исследования проводилось в группе состоящей из 100 женщин перенёвших оперативное лечение в объёме двухсторонней овариэктомии либо ампутации матки с придатками, либо экстирпации матки с придатками. По возрастному критерию женщин можно разделить на три возрастные группы: первая - женщины репродуктивного возраста, с регулярными месячными (до 45 лет), женщины перименопаузального возраста с регулярными месячными (45-55 лет), женщины перименопаузального возраста, находящиеся в менопаузе (45-55 лет).

Как до, так и после оперативного лечения, мы проводили оценку общего состояния пациенток, изучали личный и семейный анамнез. Измерялось АД, производилась запись ЭКГ, УЗИ сердца, вычислялся индекс массы тела, производилось исследование основных биохимических показателей крови, коагулограммы, гормональная функция оценивалась по уровню гормонов сыворотки крови. У всех женщин производился контроль общих анализов, мазков на флору, измерение рН влагалища. Производилась оценка иммунологической реактивности организма с помощью иммунограммы. Одновременно тяжесть проявлений постовариэктомиического синдрома оценивалась по индексу Куппермана и тестам функциональной оценки личности, как до, так и после оперативного лечения и в отсроченном периоде. В исследование были включены женщины, имеющие различную соматическую патологию, в том числе, эстроген-зависимую.

Основываясь на проведённых исследованиях, мы можем сделать следующие выводы:

1. Уже в раннем послеоперационном периоде происходит резкое изменение уровня половых гормонов в сторону увеличения их показателей; и не происходит изменения показателей уровня гормонов щитовидной железы.
2. Одновременно происходит ухудшение психического состояния женщин, в сторону увеличения тревожности, снижения самооценки личности.
3. Мы считаем, исходя из выше сказанного, целесообразным назначение заместительной гормональной терапии уже в раннем послеоперационном периоде.
4. Изменение основных биохимических показателей крови, и значений иммунограммы, происходит в течении года, после оперативного лечения.
5. Мы считаем целесообразным, рассмотреть вопрос о целесообразности назначения иммунокорректирующих препаратов уже в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. «Неоперативная гинекология». Москва 2001 год.