

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон" www.idpluton.ru

Выпуск №14

КЕМЕРОВО 2017

30 декабря 2017 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И.

Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им.

С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 30.12.2017 г.

Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ.....4
Асланханов М.А.
2. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВИРУСНЫХ, ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ.....11
Саакян Б.С., Саакян С.С.
3. ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ (ХРАС)17
Саакян Б.С., Саакян С.С.
4. РОЛЬ ВОЗРАСТА СЕКСУАЛЬНОГО ДЕБЮТА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВАГИНИТОМ..24
Дробязко П.А.
5. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АМЕЛОБЛАСТОМЫ.....28
Гулиева В.Я., Обухова М.О.
6. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2016 ГОД.....31
Пушкарева А.С., Овчинников Ю.С., Стяжкина С.Н.
7. ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА.....34
Габдракипова А.А., Черватюк М.И., Мищенко А.Н.
8. УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РОЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....37
Попова Н.М., Кирьянов Н.А., Семеновых Е.А., Андреева А.М., Плюхин С.В.

Асланханов Мурад Асланханович
Aslankhanov Murad Aslankhanovich

Аспирант/учитель физической культуры

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя образовательная школа №19,
г. Сургут. Сургутский государственный педагогический университет, кафедра медико-
биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности, факультет физической культуры и
спорта. E-mail: kokhmazlezgin@mail.ru

УДК 371.7

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ

EVALUATION OF EFFICIENCY OF LESSONS BY PHYSICAL CULTURE FOR CHILDREN OF YOUNG SCHOOL AGE WITH VARIOUS DEGREE OF OBESITY

Аннотация: в статье описаны основные средства физического воспитания, используемые на уроках физической культуры в младшей школе, также проведен анализ влияния физических упражнений на здоровье ребенка, больного ожирением

Annotation: The article describes the main means of physical education used in physical education lessons in junior school, and the effect of physical exercises on the health of a child who is obese

Ключевые слова: физическая культура, средства физического воспитания, ожирение.

Key words: physical culture, physical education, obesity

Введение

Физическая культура как обязательный учебный предмет в общеобразовательной школе по своей сути должна быть ориентирована на достижение комплексной целевой установки, определенной Федеральным законом «О физической культуре и спорте в Российской Федерации». В частности, законом предписано: «Физическая культура – часть культуры, представляющая собой совокупность ценностей, норм и знаний, создаваемых и используемых обществом в целях физического и интеллектуального развития способностей человека, совершенствования его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путем физического воспитания, физической подготовки и физического развития» [5,39].

Каждое из представленных терминологических понятий гармонично вписывается в систематизированный процесс целенаправленного развития школьника. Открытым остается лишь вопрос, насколько качественно данная целевая установка реализуется в практической деятельности семьи и педагогического коллектива школы при доминирующей роли учителей физической культуры, которые должны стать проводниками физкультурного образования детей, сподвижниками их здорового образа жизни.

Уроки физической культуры в младшей начальной школе имеют несколько иное содержание, чем в более старших классах. Данный факт связан с анатомо-физиологическими психологическими особенностями детей младшего школьного возраста. С началом учебы значительно растет объем умственного труда детей и в то же время ощутимо ограничивается их двигательная активность и возможность находиться на открытом воздухе. В связи с этим правильное физическое воспитание в младшем школьном возрасте является не только необходимым условием всестороннего гармоничного развития личности ученика, но и действенным фактором повышения его умственной работоспособности.

Основной раздел

Необходимо рассмотреть основные средства физического воспитания младших школьников. Итак, ими являются различные физические упражнения, физический труд, использование гигиенических факторов и оздоровительных сил природы. Физические упражнения представляют собой фундаментальное средство физического воспитания школьников. Именно с помощью физических упражнений школьники выполняют задания, которые нацелены на многостороннее развитие детей, посредством физических упражнений формируются навыки естественных движений (ходьба, бег, прыжки). Безусловно, физические упражнения, как одно из средств воспитания способствуют развитию таких физических качеств, как ловкость, скорость, сила и выносливость.

На уроках физической культуры в младшей школе педагоги используют предусмотренные

учебной программой упражнения основной гимнастики (построение и перестроение; основные положения и движения рук, ног, туловища; упражнения с мячами, скакалками; акробатические и танцевальные упражнения; упражнения на гимнастической стенке; удержание равновесия; ходьба и бег; прыжки; метание), подвижные игры, лыжная подготовка, плавание, в 3 классе также упражнения легкой атлетики.

Еще К. Д. Ушинский подчеркивал, что именно физический труд имеет крайне важное значения для развития не только физических сил ребенка, но и для физических способностей.

Необходимо отметить, что ученики младших классов в школе и дома осуществляют физический труд, связанный с самообслуживанием, удовлетворением потребностей быта, общественно полезный труд (труд на участках, уход за физкультурными площадками и т. д.).

В процессе занятий физической культурой, у детей вырабатываются положительное отношение к физическим нагрузкам, а также происходит развитие многих ценных физических качеств и умений [5,43].

Большое внимание на уроках физической культуры в младшей школе уделяется играм. Как известно, посредством игр у ребенка происходит формирование не только двигательных способностей, но и знаний, умений. Более того, в процессе игровой деятельности на уроках физической культуры младшие школьники совершенствуют свои коммуникативные навыки, что также оказывает положительное влияние на личность ребенка.

Проанализировав уроки физической культуры в начальной школы, нами сделан вывод о том, что основная часть уроков физической культуры содержат в себе различные сказочные игровые сюжеты, которые способствуют поддержанию положительного настроения у школьника, а также значительно увеличивает интерес к занятиям физической культурой. Многие педагоги сегодня рекомендуют на уроках физической культуры применять общеразвивающие упражнения различной направленности с использованием музыкального сопровождения [1,95].

Таким образом, мы изучили основные средства физического воспитания детей младшего школьного возраста. Бесспорно, занятия физической культурой имеют всегда разную направленность, то есть ориентируются на разный, но, как правило, всегда эффективный результат. Нельзя не отметить эффективность физических нагрузок при такой актуальной проблеме современности, как детское ожирение.

Ожирение является серьезным заболеванием, которое касается не только взрослых, но также детей и подростков во всем мире. Лишний вес грозит следующими проблемами со здоровьем: сахарный диабет 2 типа, повышение артериального давления, высокий уровень холестерина. Кроме того, ожирение у подростков становится причиной низкой самооценки и депрессии.

Самое эффективное в борьбе с детским ожирением - это правильное питание, физические упражнения и появление здоровых привычек в семье.

Физические упражнения являются основным средством при лечении ожирения. При их правильном использовании достигается положительный терапевтический эффект. Для более целесообразного применения физических упражнений необходимо строго контролировать динамику клинической картины, учитывать степень приспособленности больного к физической нагрузке.

По мнению большинства авторов, основными методами физической реабилитации больных ожирением являются физические упражнения, массаж и диета. Эффективность физических упражнений при ожирении обусловлена прежде всего тем, что под влиянием физических упражнений происходит интенсификация углеводного, жирового и водно-солевого обменов. Уменьшение веса при физических нагрузках связано не только с увеличением расхода жиров и углеводов, но и с потерей воды, выделяемой при дыхании и потоотделении [5,41].

Максимальные энергетические затраты и потоотделение наблюдаются при выполнении циклических упражнений умеренной интенсивности. Характер, объем и интенсивность физических упражнений зависят от клинических проявлений ожирения и функциональных возможностей больного. Чтобы повысить энергетические затраты и добиться уменьшения веса за счет физических упражнений необходимо использовать преимущественно циклические упражнения умеренной интенсивности: ходьбу, бег трусцой, ходьбу на лыжах, плавание, езду на велосипеде и др.

Подбор физических упражнений осуществляется с учетом состояния сердечно-сосудистой системы больного. При этом предпочтение отдается упражнениям с участием крупных мышечных групп туловища и конечностей. Специальным упражнениям с участием мышц брюшного пресса рекомендуется отводить 30-40% времени. При подборе упражнений с отягощением следует предпочитать упражнения, имеющие маховый характер и осуществляемые без задержки дыхания. Очень полезными являются также упражнения на тренажерах, гимнастической скамейке и шведской стенке.

При легкой и средней степени ожирения, удовлетворительном состоянии сердечно-сосудистой

системы, достаточной тренированности для самостоятельных занятий могут быть использованы и рекомендованы в порядке выбора:

- общеразвивающие упражнения в течение 30-40 мин;
- плавание (400-800 м), езда на велосипеде, ходьба на 5-10 км со скоростью 4-6 км/ч; • пешеходные экскурсии по пересеченной местности 10-30 км;
- гребля на лодке в течение 40-50 мин, а также спортивные игры: волейбол, теннис, лыжные прогулки (10-15 км), катание на коньках в течение 1 ч.

Многочисленные исследования показали воздействие умеренной и регулярной двигательной активности на здоровье человека [3,27]. Так, тридцать минут моторной деятельности каждый день обеспечивают тридцатипроцентное уменьшение смертности.

Недавние исследования показывают 30-процентное уменьшение уровня заболеваемости болезнью Альцгеймера, когда люди физически активны. Если рассматривать более широко, то качество жизни (физической, умственной и социальной) и самооценка улучшаются, когда люди физически активны, т.е. ежедневно проводят от 30 до 90 минут в движении или занимаются определенными системами физических упражнений. Но нужно сделать многое, чтобы понять воздействие физической активности на (умственное) здоровье и благополучие. Однако эта проблема относится, главным образом, к привлечению людей к тому, чтобы они оставались физически активными.

Кроме физиологических ограничений, должны быть приняты во внимание социоэкологические препятствия, а также психологические убеждения и привычки в современной жизни. Исследования должны быть сделаны на основе социо-психологической перспективы. Социальные выгоды здесь очевидны: меньше зависимостей, меньше уровень заболеваемости, меньше расходов на здоровье.

В связи с этим, актуальными являются исследования, связанные с изучением показателей здоровья учащихся школ, их двигательной активности, физической подготовленности детей, динамики контингента медицинских групп. Нами проведен анализ состояния здоровья 3 тысяч детей, обучающихся в общеобразовательных учреждениях Ишимского района Тюменской области, по технологическим картам здоровья. Несмотря на увеличение общего количества детей в школах района (на 95 человек), наблюдается уменьшение количества неболевших детей за год. Так, в 2016 г эта цифра составила 59,6 % детей, а в 2017 г. – уже 49 %. Настораживает тот факт, что уже в начальной школе дети становятся менее здоровы (750 детей в 2015 г. против 772 в 2014 г.), а к средним классам цифра неболевших детей еще уменьшается с 833 до 702 человек.

Данный факт позволяет сделать вывод о продолжающейся тенденции ухудшения состояния здоровья подрастающего поколения. Несмотря на инновационные процессы в школах, которые в рамках требований ФГОС должны обеспечивать создание здоровьесберегающей среды, пока данные задачи в школах не решены. Так, на наш взгляд, требует пересмотра система организации физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в школах.

Необходимо совершенствование системы оздоровительных мероприятий в режиме учебного дня – включение утренней гигиенической гимнастики до уроков, проведение физкультурных пауз, физкультминуток, подвижных перемен.

В условиях требований ФГОС для достижения метапредметных и личностных результатов обучения необходим пересмотр содержания и способов организации учебной деятельности по общепредметным дисциплинам: проведение общеобразовательных уроков на улице, в движениях, как поисковая деятельность с преодолением двигательных заданий типа «квестов»; выполнение лабораторных заданий по физике с проверкой физических законов и явлений на «себе», с использованием собственного двигательного опыта [10].

Что касается проблемы ожирения, здесь необходимо отметить следующее. Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, проведенного Высшей школой экономики, говорят о том, что для Российской Федерации проблема ожирения стоит так же остро, как для США и стран Западной Европы. Начиная с 2004 г., доля взрослых с избыточной массой тела и ожирением в России превышает 50%. Для РФ эта проблема для всех слоев населения, при этом отмечена следующая закономерность: с повышением уровня благосостояния доля тех, кто неправильно питается, растет. Это характерно не только для РФ, но и других развивающихся стран мира, например Бразилии и Индии [2, 3].

Данные метаанализа свидетельствуют, что у детей 7-10 лет распространенность ожирения значительно выше при сочетании следующих факторов риска во внутриутробном периоде и в

первый год жизни: курение матери во время беременности, искусственное вскармливание, быстрый набор массы тела в первый год жизни и недостаточный сон. Искусственное вскармливание - доказанный высокозначимый фактор риска ожирения у детей.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей дошкольного и школьного возраста в 6 раз выше, если дети не получали грудное вскармливание 12 месяцев, а прикорм в виде твердой пищи вводился ранее 4 мес жизни [7,37].

Если первые месяцы жизни дети получали грудное вскармливание менее 80% от общего рациона, риск избыточной массы тела в первый год жизни повышался в 2 раза и более по сравнению с детьми, получавшими более 80% питания в виде грудного молока.

Наиболее серьезные изменения в питании всего населения последние десятилетия коснулись потребления сладких напитков. По данным метаанализа, потребление сладких напитков существенно влияет на рост эпидемии ожирения среди взрослых и детей.

За последние 10 лет потребление сладких газированных напитков выросло на 118%, а потребление молока снизилось на 23%. Риск ожирения зависит и от физической активности человека. Факторами риска являются как малоподвижный образ жизни, так и отсутствие физических упражнений. Дети, которые проводят много времени за компьютером или просмотром телевизионных программ, и дети, не посещающие занятий по физкультуре в школах, имеют большую массу тела по сравнению с физически активными сверстниками.

Последствия ожирения у детей такие же как у взрослых - высокие заболеваемость, риск социальной изоляции и уровень стресса, низкое качество жизни. Наличие ожирения в детстве сокращает продолжительность жизни и повышает преждевременную смертность во взрослом возрасте.

Одно из наиболее частых осложнений ожирения - сахарный диабет 2-го типа. Риск возникновения сахарного диабета у ребенка с ожирением возрастает от 3 до 8 раз. Последствия ожирения включают также сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, патологию суставов и костномышечной системы. Оказание помощи пациентам с ожирением приводит к большим финансовым затратам отдельных семей, системы здравоохранения и общества в целом.

Лечение ожирения у детей является серьезной проблемой с трудно прогнозируемым результатом. Лекарственные и хирургические методы имеют ряд ограничений к использованию и риск нежелательных явлений. Все перечисленное объясняет значимость программ профилактики ожирения среди населения с особым вниманием к детям.

Одна из важнейших составляющих таких программ - мониторинг антропометрических показателей и своевременная диагностика повышенной массы тела. Антропометрические показатели - рост и масса тела человека являются самыми важными для оценки развития и питания детей и взрослых. Отношение массы тела к росту - индекс массы тела (ИМТ) основной критерий диагностики дефицита, повышенной массы тела и ожирения [8]. ИМТ вычисляют как масса тела (в кг), разделенная на рост, возведенный в квадрат (m^2), и сравнивают с международной стандартной медианой в соответствии с полом и возрастом.

Всемирно признанными являются три системы оценки физического развития ребенка и ИМТ: разработанные ВОЗ, Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (U. S. Centers for Disease Control and Prevention - CDC) и Международной группой по изучению ожирения (International Obesity Task Force - IOTF).

Каждая организация имеет свои таблицы роста, массы тела и ИМТ, а также критерии повышенной массы тела и ожирения у детей и взрослых. Критерии IOTF разработаны на основе результатов шести больших репрезентативных поперечных национальных исследований, проведенных в Бразилии, Великобритании, Гонконге, Нидерландах, Сингапуре и США в период с 1963 по 1993 г. среди мужчин и женщин старше 18 лет. Эти исследования позволили определить показатели ИМТ, свидетельствующие о повышенной массе тела и ожирении: более 25 и 30 кг/ m^2 соответственно.

Были созданы шкалы для оценки ИМТ в зависимости от возраста и пола. Впоследствии авторы рассчитали центильные значения ИМТ для детей и подростков в возрасте 2-18 лет [9]. CDC использовали данные пяти репрезентативных поперечных исследований, проведенных в США с 1963 по 1994 г. Повышенная масса тела у детей старше 2 лет определяется, если ИМТ от 85-го до 95-го перцентиля, ожирение - при ИМТ, равном 95-му перцентилю или превышающем его. У детей 2 лет и младше используют критерии ВОЗ

Для разработки антропометрического стандарта детей до 5 лет ВОЗ в 1997–2003 гг. проведено многоцентровое исследование в шести странах разных регионов мира - Бразилии, Гане, Индии, Норвегии, Омане и США. Это исследование осуществлялось с учетом и серьезным анализом особенностей вскармливания и питания детей.

Для определения антропометрических стандартов для детей 5-19 лет ВОЗ использовала данные репрезентативного кросс-секционного исследования, проведенного среди детей в 1977 г. в США, учитывая наиболее разнообразный этнический состав детского населения в этой стране.

Согласно критериям ВОЗ, ожирение диагностируют, когда показатели ИМТ превышают два стандартных отклонения; превышение массы тела - когда показатели находятся в пределах одного-двух стандартных отклонений. Разница в определении доли детей с ожирением при применении разных систем может достигать 10%. Поэтому крайне важно в каждой стране использовать единую систему оценки физического развития и питания детей.

По мнению большинства экспертов, для нашей страны наиболее подходит система оценки ВОЗ. Однако результаты исследования программы «Альфа-Эндо», проведенные в 6 регионах РФ, показали, что только в половине амбулаторных карт детей есть данные об индексе массы тела, мониторинг ИМТ проводится только у 23%. В ряде случаев у педиатров в кабинетах отсутствуют ростомер и/или весы.

Необходимо повышение знаний врачей о важности использования стандартных методов оценки развития детей и обеспечение педиатров необходимым оснащением.

Профилактика ожирения у детей должна начинаться с антенатального наблюдения женщины. Отказ женщины от курения, контроль прибавки массы тела, адекватное питание и физическая нагрузка во время беременности позволят снизить риск рождения ребенка с чрезмерно низкой и высокой массой тела. Постнатальная профилактика ожирения должна включать исключительно грудное вскармливание не менее 6 мес, мониторинг развития ребенка, обеспечение физической активности и рациональное питание [2,25].

Для профилактики ожирения у школьников и лиц более старшего возраста обычно рекомендуют ежедневные умеренные физические нагрузки в течение 45-60 мин, а для снижения массы тела - 60- 90 мин. К умеренным нагрузкам - средней интенсивности относятся быстрая ходьба, велосипедные прогулки, спокойное плавание, подъем по лестнице, работа в саду, уборка дома, гимнастика, непрофессиональное занятие настольным теннисом, бадминтоном и др. В период активного роста для детей, по меньшей мере, 2 раза в неделю необходимы физические упражнения, позволяющие укрепить костную массу, увеличить силу и гибкость мышц.

Выбор и установка поведения, способствующего здоровью, согласно теории об изменении поведения, зависит от многих социальных и психологических, поддерживающих и препятствующих факторов. К этим факторам относятся: информирование, общественная поддержка и создание позитивной среды. Сотрудничество работников здравоохранения и образования позволит создать здоровую среду в образовательных учреждениях. Школьные программы, направленные на изменение поведения детей в отношении физической активности и питания, включают политическую, информационную, консультационную деятельность, а также создание благоприятной школьной и семейной среды. Обзоры исследований, проведенные специалистами в США и Канаде, включают 9 систематических обзоров более 500 статей, описывающих более 400 программ профилактики избыточной массы тела и ожирения у детей.

Проанализированные исследования позволили сделать вывод о том, что системе здравоохранения необходимо проводить программы по профилактике ожирения среди детей.

Требования к проведению программ профилактики ожирения в школах следующие:

- Основные целевые группы: все мальчики и девочки 6-12 лет, их родители и учителя.
- Многофакторный подход - промоция физической активности, правильного питания и контроль антропометрических показателей.
- Многокомпонентный подход, включающий изменение поведения, окружающей среды и образования о здоровом поведении.
- Партнерство - внутри школы (дети, родители, учителя) и вне школы (образования и здравоохранения). Полезно привлечение в программы профилактики неформальных лидеров.
- Формирование среды, способствующей формированию «здорового» поведения в школе: обязательные завтраки, бесплатное распространение овощей и фруктов, воды, запрет на сладкие напитки, высококалорийные и жирные продукты.

Популяризация ограничений потребления сладких напитков, высококалорийных и жирных продуктов в домашних условиях для всей семьи.

- Основное сообщение для всех целевых групп детей, их родителей и учителей - необходимость ежедневного употребления большого количества овощей и фруктов и повседневная физическая активность. Информирование всех целевых групп о негативных последствиях ожирения.

- Расширение физической активности достигается увеличением занятий физкультурой и организованных активных перерывов, активным внешкольным досугом.

Необходимо наличие оборудованных для физических упражнений ярких и привлекательных игровых площадок и расширение возможности для физкультуры в школах.

- Эффективность программ повышается при привлечении психологов. Роль психологов в улучшении знаний, отношения, выбора, самооценки, общего благополучия и качества жизни детей. - Активное внедрение стандартизированной эффективной программы в каждой школе должно быть не менее 3 мес.

Необходимо осуществлять мониторинг и оценивать результаты программ в течение 2 лет и более. Именно проведение подобных школьных программ позволило впервые затормозить рост ожирения среди детей в США и Канаде.

Заключение

Таким образом, не вызывает сомнения актуальность профилактики ожирения в нашей стране. Проанализированный российский и международный опыт показывает, что необходимы внедрение единой системы оценки физического развития ребенка в соответствии с рекомендациями ВОЗ, подготовка медицинских работников первичного звена к использованию этой системы и эффективному консультированию, создание программы профилактики ожирения среди детей в школах. Очень важно, чтобы врачи и педагоги понимали важность этой работы, а руководители здравоохранения и образования активно поддерживали эти программы, способствовали общедоступности в школах здорового питания и достаточной физической активности для детей.

Учитывая распространенность ожирения среди взрослых, полезны «профилактические программы на рабочем месте» среди врачей и учителей для формирования позитивного отношения к этим инициативам и уверенности в возможности изменения питания и физической активности. Средства массовой информации (печать, интернет, радио и телевидение) призваны улучшать знания населения о необходимости физической активности и доступности соответствующих ресурсов, а также осознавать свою социальную ответственность за формирование поведения населения, не допускать рекламы сладкой и жирной пищи.

Расширение возможности для физических упражнений и доступности здорового питания для всего населения при поддержке государственных и негосударственных партнеров повысит эффективность профилактических программ.

Библиографический список:

1. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. - М.: ИИЦ «Статистика России», 2016. – 121 с.
2. Григорьева М.А. Россияне на весах. // Демоскоп. - 2012. - №529–530. - С. 1-30. Доступно по ссылке: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0529/demoscope529.pdf>
3. Россия: Рано умирать. Доклад Всемирного банка. 2016. С.27-32.
4. Колосницына М.Г. Анализ факторов здорового образа жизни: выводы для государственной политики. Доступно по ссылке: <http://2020strategy.ru>
5. Петеркова В.А., Васюкова О.В. К вопросу о новой классификации ожирения у детей и подростков // Проблемы Эндокринологии. 2015. Т. 61. №2 С. 39-44.
6. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Под ред. Francesco Branca, Naik Nikogosian и Tim Lobstein. - Всемирная организация здравоохранения, 2015. Доступно по ссылке: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf
7. Шадрин С.А., Статова А.В., Привалова Т.Е. Ожирение у детей. // Педиатрия. Приложение к журналу ConsiliumMedicum. - 2017. - №4. - С. 37-40.
8. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev.* 2006;7(1):111-136. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00234.x.
9. Wang Y. Standard definition of child overweight and obesity worldwide. *BMJ.* 2000;321(7269):1158-1158. doi: 10.1136/bmj.321.7269.1158.].

10. World Health Organization. Commission on Ending Childhood Obesity. ENDING CHILDHOOD OBESITY; 2016. Available on: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1

Саакян Бела Самвеловна
Саакян Сюзанна Самвеловна

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци

УДК 616.31-002

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВИРУСНЫХ, ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

CHANGES IN THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY IN VIRAL, FUNGAL INFECTIONS. TREATMENT AND PREVENTIVE MEASURES.

Анотация: В статье приведены результаты обследования и лечения 283 человека в разных возрастных группах с острым катаральным стоматитом, острым герпетическим стоматитом, вирусным бородавком, молочницей. Описаны изменение слизистой оболочки полости рта при этих заболеваниях, методы лечения и профилактические шаги.

Abstract: The article presents the results of examination and treatment of 283 people in different age groups with acute catarrhal stomatitis, acute herpetic stomatitis, viral wart, and milkweed. The description of the mucous membrane of the oral cavity in these diseases, methods of treatment and preventive steps are described.

Ключевые слова: стоматит, вирус, инфекция, ротовая полость, кандидомикоз, слизистая оболочка, профилактика, контагиозный, рецидив, симптоматический, морфологические элементы.

Keywords: stomatitis, virus, infection, oral cavity, candidomycosis, mucous membrane, prevention, contagious, relapse, symptomatic, morphological elements.

Актуальность: эти нозологии очень часто встречающиеся среди разных возрастных групп и часто дают рецидивы – зависимо от различных факторов.

Цель исследования: обнаружить основные изменения в полости рта при этих заболеваниях, оценить эффективность несколько профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования: обследование было проведено с 2016 года у 283 пациентов (75% из них дети). С начала было проведено обследование для обнаружения изменений в полости рта и морфологических элементов. При местной и общей лечении оценить эффективность лечения и профилактических мероприятий. Оценили состояние больных в разных стадиях заболевания и динамику развития заболевания.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что изменения в полости рта при этих инфекциях имеют свои особенности, свои морфологические элементы и очень важно во время сделать правильную дифференциальную диагностику и выбрать соответствующую схему лечения.

Острый герпетический стоматит

До последнего времени в литературе описывались два самостоятельных заболевания: острый афтозный и острый герпетический стоматит. Клинико-лабораторное изучение большой группы больных с использованием арсенала современных вирусологических, серологических, цитологических и иммунофлюоресцентных методов исследования убедительно показало клиническое и этиологическое единство острого герпетического и острого афтозного стоматита. Полученные данные позволили рекомендовать называть заболевание острым герпетическим стоматитом, положив в основу этиологию заболевания.

Клиника острого герпетического стоматита

Острый герпетический стоматит имеет пять периодов развития: инкубационный, продромальный (катаральный), период развития болезни (высыпаний), угасания и клинического выздоровления (или реконвалесценции). В зависимости от степени выраженности общего токсикоза и местных проявлений в полости рта заболевание может протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелой форме.

Из общих симптомов характерны гипертермическая реакция с подъемом температуры до 41° С и более при тяжелой форме заболевания, общее недомогание, слабость, головные боли, кожная и мышечная гиперестезия, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, тошнота и рвота центрального происхождения, так как вирус обычного герпеса является энцефалотропным вирусом. Уже в инкубационном и особенно в продромальном периоде отчетливо диагностируется лимфаденит

подчелюстных, а в тяжелых случаях и шейных лимфатических узлов. На пике подъема температуры усиливаются гиперемия и отечность слизистой оболочки полости рта, на губах, щеках и языке высыпают элементы поражения (от 2-3 до нескольких десятков в зависимости от тяжести стоматита). При среднетяжелой и особенно тяжелой форме заболевания элементы поражения локализируются не только в полости рта, а и на коже лица приротовой области, мочках уха и веках. При этих формах болезни высыпания, как правило, рецидивируют, из-за чего при осмотрах можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и цитологического развития. Очередной рецидив высыпания сопровождается ухудшением общего состояния ребенка, беспокойством или адинамией и подъемом температуры на 1-2° С. Обязательным симптомом является гиперсаливация. Слюна становится вязкой и тягучей, отмечается неприятный, гнилостный запах изо рта. Уже в катаральном периоде болезни обнаруживается ярко выраженный гингивит, который в дальнейшем, особенно при тяжелой форме, приобретает язвенно-некротический характер и сопровождается выраженной кровоточивостью десен. Губы у больных сухие, потрескавшиеся, покрыты корочками, в углах рта мацерация. Иногда наблюдаются носовые кровотечения, так как вирус герпеса нарушает свертывающую систему крови.

В крови детей с тяжелой формой стоматита выявляют лейкопению, палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилию, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. Очень редко наблюдается токсическая зернистость последних. В моче отмечается белок и следы его. Слюна имеет низкие показатели рН, которая затем сменяется более выраженной щелочностью. В ней обычно отсутствует интерферон, содержание лизоцима заметно снижено.

Гуморальные факторы естественной защиты организма в период разгара заболевания также резко снижены. У больных с тяжелой формой стоматита начало болезни характеризуется резким снижением всех показателей фагоцитоза. Об этом свидетельствует то, что патогенные формы колоний микроорганизмов отмечаются почти в половине случаев от общего числа бактерий при постановке пробы Клемпарской (бактерицидная активность кожи).

Несмотря на клиническое выздоровление больного с тяжелой формой острого герпетического стоматита, в период реконвалесценции сохраняются глубокие изменения гомеостаза: снижение бактерицидной и лизоцимной активности.

Восстановление фагоцитарной функции нейтрофилов начинается с периода угасания болезни. Диагноз ставится на основании клинической картины и эпидемиологии заболевания. Использование вирусологических и серологических методов в практическом здравоохранении затруднено в связи с их трудоемкостью.

Лечение острого герпетического стоматита

Лечение больных должно определяться формой тяжести заболевания и периодом его развития.

Комплексная терапия заболевания включает общее и местное лечение. При среднетяжелом и тяжелом течении болезни лечение ребенка желательнее проводить вместе с педиатром. Поскольку эти формы заболевания развиваются на фоне существенного снижения защитных сил организма, целесообразно в комплексную терапию включать средства, стимулирующие иммунитет (лизоцим, продигозан, гамма-глобулин парентерально, метилурацил, пентоксил, нуклеонат натрия, герпетический иммуноглобулин и др.).

Местная терапия должна преследовать следующие задачи:

- 1) снять или ослабить болезненные симптомы в полости рта;
- 2) предупредить повторные высыпания элементов поражения;
- 3) способствовать их эпителизации.

С первых дней периода развития заболевания прибегают к противовирусной терапии. Рекомендуется применять одну из перечисленных мазей: 0,25-0,5% оксолиновую мазь, 1-2% флореналевую, 5% теброеновую, 5% интерфероновую, 4% гелиомициновую, 1% раствор дезоксирибонуклеазы, линимент хеленина, смесь интерферона с продигозаном и другими интерферонгенами, мази, содержащие интерферон, и др.

Указанные препараты рекомендуется применять многократно (3-4 раза в день) не только при посещении врача-стоматолога, но и дома. Следует иметь в виду, что противовирусные средства должны воздействовать не только на пораженные участки слизистой оболочки, но и на ту область, где отсутствуют элементы поражения, так как мази обладают профилактическими свойствами. При посещении врача полость рта ребенка рекомендуется обработать 0,1 - 0,5% раствором

протеолитических ферментов (трипсин, химопсин, панкреатин и др.), которые способствуют растворению некротизированных тканей.

В период угасания болезни противовирусные средства можно отменить или сократить их применение до однократного в первые дни угасания болезни. Ведущее значение в этот период болезни следует придавать несильным антисептикам и кератопластическим средствам. Из группы последних хорошие результаты дают масляные растворы витамина А, масло шиповника, каратолин, мазь и желе солкосерил, мазь с метилурацилом, ливиан, левомизоль. В качестве противомикробных средств можно применять растворы фурацилина, этакридина, этония и др. Ребенка кормят преимущественно жидкой или полужидкой пищей, не раздражающей воспаленную слизистую оболочку. В связи с интоксикацией организма необходимо вводить достаточное количество жидкости (чай, фруктовые соки, фруктовые отвары). Перед кормлением слизистую оболочку полости рта обезболивают 5% анестезиновой эмульсией. После приема пищи обязательно промывают или прополаскивают рот крепким чаем.

Профилактика острого герпетического стоматита

Острый герпетический стоматит (в любой форме) является контагиозным заболеванием и требует исключения контактов больного со здоровыми детьми, проведения мер профилактики этого заболевания в детских коллективах.

Не следует допускать для работы с детьми сотрудников в период проявления рецидива хронического герпетического поражения кожи, глаз, полости рта и других органов.

В детских стоматологических поликлиниках или отделениях необходимо выделить специализированный кабинет (а при возможности и специального врача) для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Целесообразно выбрать такое расположение кабинета, чтобы дети, его посещающие, были по возможности изолированы от других посетителей.

Ребенку с острым герпетическим стоматитом не разрешается посещение детского учреждения, даже если заболевание протекает у него в очень легкой форме. Медицинскому персоналу детских садов, ясель, домов ребенка и других учреждений рекомендуется проводить ежедневные осмотры детей для выявления признаков продромального периода заболевания (лимфаденит, гиперемия слизистой оболочки полости рта и др.). Эти меры имеют большое значение, так как лечение, проведенное в этот момент (интерферон, интерферогены, противовирусные мази, УФ-терапия, поливитамины, гипосенсибилизирующие и общеукрепляющие средства), предотвращает в большинстве случаев дальнейшее развитие болезни или способствует более легкому ее течению.

Взрослые, приведшие ребенка в группу, должны поставить в известность о каких-либо изменениях в состоянии его здоровья, жалобах, высыпаниях на коже и слизистой оболочке полости рта.

В условиях вспышки заболевания для дезинфекции рекомендуется применять 0,2% раствор хлористой извести, 1-2% раствор хлорамина. Необходимо тщательно проветривать помещение, создать условия для проникновения в помещение солнечных лучей и др. Благоприятный эффект окажет и применение ультрафиолетовых лучей.

Острый катаральный стоматит

Этиология острого катарального стоматита

В детском возрасте часто сопутствует острым инфекциям: кори, скарлатине, дизентерии, гриппу и др., особенно в тех случаях, когда во время болезни не обеспечивается гигиенический уход за полостью рта. Нередко причиной становится наличие кариозных зубов, корней, травмирующих и инфицирующих край десны и слизистую оболочку щек и языка. Кроме того, катаральный стоматит возникает в период прорезывания молочных зубов, прежде всего у ослабленных детей при одновременном прорезывании нескольких зубов.

Клиника острого катарального стоматита

Заболевание характеризуется разлитой гиперемией и отеком слизистой оболочки полости рта, особенно сильно выраженным покраснением и припуханием десны и десневых сосочков. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов и на боковых поверхностях языка наблюдаются отпечатки контуров зубов вследствие отека мягких тканей. Появляются кровоточивость десен и болезненность пораженной слизистой оболочки при приеме пищи. Это заставляет ребенка проявлять беспокойство и отказываться от еды.

Саливация обычно усиливается, однако в некоторых случаях отмечается сухость полости рта,

при этом слизистая оболочка покрывается клейким налетом, состоящим из лейкоцитов, слизи, муцина, бактерий и слущившегося эпителия.

Подчелюстные лимфатические узлы вначале реагируют слабо. Температура тела часто остается в пределах субфебрильной. При понижении сопротивляемости организма, отсутствии соответствующего лечения процесс может осложниться язвенно-некротическим поражением десневого края, а также появлением язв на других участках слизистой оболочки полости рта, особенно в местах травмы. Это сопровождается увеличением и болезненностью подчелюстных лимфатических узлов, повышением температуры до 38° С и выше, ухудшением самочувствия больного. Край десны покрывается грязновато-серым налетом вследствие гангренозного распада ткани, появляется характерный неприятный запах изо рта. Налет можно сравнительно легко удалить. Под ним обнаруживается эрозированная, кровоточащая, болезненная поверхность. Вследствие некроза ткани вершины десневых сосочков становятся как бы срезанными. Язвы на других участках слизистой оболочки обычно имеют неправильную форму и неровные края, покрыты таким же налетом, очень болезненны при разговоре и приеме пищи. Все это сопровождается значительной саливацией. Ребенок не ест, беспокоен, плохо спит. Дальнейшее состояние больного свидетельствует о нарастании общей интоксикации организма.

Лечение острого катарального стоматита

Лечение заключается в обработке полости рта растворами перманганата калия. При наличии кариозных зубов желательно закрыть кариозные полости хотя бы временными пломбами. От удаления корней в остром периоде необходимо воздержаться во избежание осложнений. Зубные отложения следует удалить с осторожностью, избегая травмы мягких тканей. Этому должна предшествовать тщательная обработка полости рта антисептическими растворами. С целью обезболивания перед удалением зубных отложений десну можно смазать 2% раствором анестезина. Внутрь больному назначаются витамины Вг, В и С, а с целью уменьшения отека - 1-5% раствор хлорида кальция в соответствии с возрастом больного (чайная или десертная ложка 3 раза в день после еды). Для этих же целей можно рекомендовать глюконат кальция в порошке от 0,25 до 1,0 на прием в зависимости от возраста.

Пища ребенка должна быть разнообразной, высококалорийной, имеющей достаточное количество белков, жиров и витаминов и не раздражающей слизистую оболочку. Рекомендуются яйца всмятку, протертый творог, провернутое мясо, мясной бульон, кефир, овощные и фруктовые пюре и неострые фруктовые и овощные супы.

Таким образом, лечение острого катарального стоматита преследует три цели: способствует ликвидации воспалительного процесса в полости рта, предупреждает развитие осложнений, а также повышает сопротивляемость организма путем усиленного питания и витаминотерапии.

Герпангина

Заболевание, которое вызывается энтеровирусом Коксаки группы А и В и вирусами ЕСНО.

Клиника герпангины

Заболевание начинается остро: подъемом температуры, общим недомоганием. В заднем отделе рта на мягком небе, передних дужках и задней стенке глотки появляются везикулы, сгруппированные и одиночные, заполненные серозным содержимым, болезненные. С развитием болезни часть везикул ликвидируется, другие вскрываются, образуя эрозии. Мелкие эрозии сливаются, образуя более крупные. Некоторые из них напоминают афты. Эрозии малоболезненны, медленно эпителизируются, иногда в течение 2-3 нед. Описаны случаи заболевания членов одной семьи и даже эпидемические вспышки.

Лечение герпангины

Лечение состоит в симптоматической общей терапии и местном применении в первые 2-3 дня противовирусных средств, а в дальнейшем кератопластических. Частые полоскания и смазывания замедляют процесс эпителизации эрозий.

Вирусные бородавки

Доброкачественные новообразования вирусного происхождения. В полости рта на слизистой оболочке обнаруживаются бородавки двух видов: плоские и остроконечные.

Клиника вирусных бородавок

Плоская бородавка имеет вид уплощенной папулы, незначительно выступающей над уровнем здоровой слизистой оболочки. Очертания бородавки четкие, округлые, окраска несколько более яркая, нежели окружающая слизистая оболочка.

Остроконечная бородавка имеет вид остроконечного сосочка бледно-розового цвета. Одиночные элементы могут сливаться и образовывать вегетации, напоминающие по внешнему виду цветную капусту.

Наиболее частой локализацией бородавок является передний отдел полости рта, особенно углы рта и боковые поверхности переднего отдела языка. Значительно реже бородавки выявляются на деснах и на красной кайме губ или в углах рта (наружная поверхность).

Вирусные бородавки на слизистой оболочке полости рта часто сочетаются с таковыми на коже рук и на слизистой оболочке наружных половых органов. При диагностике заболеваний следует помнить о папилломах слизистой оболочки рта и других новообразованиях.

Лечение вирусных бородавок

Лечение предусматривает местное использование 3% оксолиновой мази, мази бонафтон 0,5%, флоренала 0,5%, теброфена 0,5% и других противовирусных препаратов. При этом применение мазей необходимо сочетать с тщательной санацией полости рта и гигиенической обработкой всех поверхностей зубов. Мазью необходимо обрабатывать полость рта 3-4 раза в день после чистки зубов щеткой и пастой.

Молочница (кандидрикоз)

Этиология возбудителем является дрожжевой грибок из рода *Candida*. Поражаются обычно дети раннего возраста, ослабленные, нередко недоношенные, при тяжелых и затяжных заболеваниях. Возникновению молочницы способствует плохой гигиенический уход за полостью рта, а также механическая травма слизистой оболочки вследствие неосторожных манипуляций в полости рта при обработке.

Клиника молочницы

Характеризуется появлением рыхлого белого, легко снимающегося налета, рассеянного в начале заболевания на неизменной слизистой оболочке в виде отдельных точечных очагов, напоминающих свернутое молоко. Затем, сливаясь, эти очаги могут распространяться по всей слизистой оболочке полости рта в виде сплошного налета, который состоит из мицелия и спор гриба, отторгнутого эпителия, лейкоцитов и бактерий.

В запущенных случаях удаление налета сопряжено с травмой слизистой оболочки, так как мицелий, прорастающий поверхностные слои эпителия, в дальнейшем проникает в более глубокие слои.

Без лечения грибковое поражение может принять генерализованный характер, распространиться на внутренние органы, что сопряжено с плохим прогнозом. Наиболее важным в борьбе с кандидомикозом являются профилактические мероприятия: укрепление сил, поднятие сопротивляемости организма рациональным питанием (соответственно возрасту), витаминотерапией. Кроме лечения основного заболевания, необходимы тщательный гигиенический уход за полостью рта и антисептическая обработка всех предметов, соприкасающихся с полостью рта ребенка.

Кандидомикозы нередко возникают при длительном лечении того или иного заболевания антибиотиками широкого спектра действия, особенно комплексами антибиотиков. По мнению ряда авторов, в результате этого подавляется рост микробной флоры, антагонистической грибам. Последние беспрепятственно растут, что и приводит к кандидомикозу.

Лечение молочницы

Лечение заключается в энергичных действиях с целью поднятия сил и сопротивляемости организма путем усиленного питания, приема доз витаминов К, С и группы В. Лечение антибиотиками, если оно проводилось по поводу какого-либо заболевания, необходимо прекратить, перейдя в случае необходимости на другие препараты. Внутрь назначают нистатин: детям до 3 лет в количестве 100 000 ЕД, а старше 3 лет до 1 000 000 ЕД/сут дробными дозами.

Все предметы, соприкасающиеся с полостью рта ребенка, а также грудь матери и руки ухаживающего персонала необходимо тщательно мыть и обрабатывать питьевой содой. Для обработки полости рта больного рекомендуется 2% раствор борной кислоты (1 чайная ложка сухой борной кислоты на 1 стакан теплой воды) или 1-2% раствор соды (1/2 чайной ложки соды на 1 стакан воды). В течение дня обработка этими растворами производится 5-6 раз. Затяжное течение и рецидивы возможны в случаях, если лечение не доведено до конца и при недостаточных мероприятиях по укреплению организма и поднятию его сопротивляемости. При

длительном и упорном заболевании ребенка следует направить к эндокринологу и обследовать на наличие кандидо-эндокринного синдрома.

Библиографический список:

1. Прохоренков В. И. , Куртасова Л. М. , Савченко А. А. _ " Метаболические маркеры развития рецидивов герпетической инфекции у детей "
2. S. Sonis, R. Fazio, L. Fang - Philadelphia: Hanley and Belfus_ " Oral medicine secrets "
3. Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко _ " Заболевания слизистой оболочки полости рта "
4. Банченко Г. В. _ " Язык зеркало организма "
5. Барар Г. М. , Лемецкая Т. И. _ " Болезни пародонта "
6. Баровский Е. В. , Машкилейсон А. Л. _ " Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ "
7. BartlettD. W. , EvansD. F. _ " Oralsurg. Oral med. Oral Path. "
8. Costerton W., Veeh R. , PostC. _ " The opplication of biofilm science to the study and control of chronic bacterial infections "
9. Stor M. , Meining A. _ " Pathophysiology and pharmacological treatment of GERD "
10. Touyz S. W. , Liew V. P. , Tseng P. _ " Oral and dental dessases"

Саакян Бела Самвеловна
Саакян Сюзанна Самвеловна

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци

УДК 616.31-002

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ (ХРАС)

ACUTE AND CHRONIC RETROSPHANTIVE AFTHEOUS STOMATITIS (CHRAS)

Аннотация: в статье приведены результаты обследования и лечения 83 человека разных возрастных групп с острым и хроническим афтозным стоматитом. Представлены изменение полости рта при этих нозологий, методы лечения, дифференциальная диагностика и профилактика.

Abstract: The article presents the results of examination and treatment of 83 people of different age groups with acute and chronic aphthous stomatitis. The changes in the oral cavity at these nosologies, the methods of treatment, differential diagnostics and prophylaxis are presented.

Ключевые слова: рецидив, симптоматический, патогенез, эпителизация, фиброз, некроз, glandулярный, аллерген, афта.

Key words: relapse, symptomatic, pathogenesis, epithelization, fibrosis, necrosis, glandular, allergen, aphtha.

Актуальность: эти заболевания очень часто встречающейся среди поражении слизистой оболочки полости рта. При ХРАС часто бывают рецидивы, причиной которых являются разные факторы. Встречаются многие нозологии, одним из симптомом которых являются афтозный стоматит.

Цель исследования: выяснить изменение в полости рта при этих нозологии, обследовать морфологический элемент, его развития и сроки эпителизации дефекта.

Материал и методы исследования: обследование было проведено с 2015 года у 83 пациентов. Было проведено исследование для выяснение изменения в полости рта, обнаружения морфологического элемента, изучать его развитию, эпителизацию. Оценить эффективность лечения местными средствами и несколько общими препаратами. Провели дифференциальную диагностику и профилактические методы - чтобы снизить риски рецидивов.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что нужно полноценно исследовать больного с афтозным стоматитом. Оценить общее состояние организма, иммун статуса, выявлять хронические инфекционные очаги и устранять их, выяснить факторы риска, сделать правильную дифференциальную диагностику и выбрать точную тактику общего и местного лечения, чтобы уменьшить рецидивы ХРАС.

Острый афтозный стоматит

Для этого заболевания характерно появление на слизистой оболочке рта единичных или множественных афт. Наиболее часто оно поражает людей, страдающих различными аллергиями, ревматизмом, болезнями желудочно-кишечного тракта, подвергшихся атаке вирусной инфекции. Первые симптомы начинающегося афтозного стоматита – общее недомогание, повышение температуры, апатия и подавленность, сопровождающиеся болевыми ощущениями во рту, в общем анализе крови отмечается небольшая лейкопения и повышение СОЭ до 45 мм/ч. Затем на слизистой оболочке полости рта появляются афты – небольшие (с чечевичное зерно) очаги округлой или овальной формы, четко отграниченные от здоровых участков узкой красной каймой, в центре они покрываются серовато-желтым налетом, обусловленным отложением фибрина. В своем развитии они проходят четыре стадии: продромальную, афтозную, язвенную и стадию заживления. Афты могут заживать самостоятельно, без рубца. В лечении афтозного стоматита местно назначается ополаскивание полости рта дезинфицирующими растворами, афты обрабатываются 3 %-ным раствором метиленового синего, присыпаются порошкообразной смесью, состоящей из нистатина, тетрациклина и белой глины. Для обезболивания применяется взвесь 10 %-ного анестезина в масле или аэрозоль пропосила. Диета больному назначается щадящая. Иногда (чаще у больных, страдающих хроническими заболеваниями толстого кишечника) афтозный стоматит может принять хроническое течение. В этом случае острые проявления патологического процесса могут отсутствовать, афты появляются в небольшом количестве, периоды обострения приходятся чаще на

весну и осень и длиться около 7 - 10 дней.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – одно из распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта (СОПР), характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт. По данным литературы заболевание относительно часто встречается у лиц обоего пола старше 20 лет и составляет 5 - 30 % больных среди других заболеваний СОПР.

Этиология и патогенез ХРАС до сих пор еще точно не выяснены. Наиболее ранним взглядом на причину возникновения стоматита следует считать теорию механического раздражения СОПР. На самом деле травма является лишь провокационным фактором. Многие авторы высказываются в пользу вирусной этиологии ХРАС. Однако экспериментальные работы не подтвердили вирусную природу заболевания. В последнее время ХРАС рассматривается не как локальный патологический процесс, а как проявление заболевания всего организма. К факторам, провоцирующим рецидивы, следует относить травму СОПР, переохлаждение, обострение заболеваний пищеварительной системы, стрессовые ситуации, климатогеографические факторы.

Вместе с тем обращает на себя внимание то обстоятельство, что стоматит встречался преимущественно у мужчин, которые никогда ранее не курили. Действие курения связано с повышенным ороговением слизистой оболочки полости рта, которое возникает в ответ на постоянное воздействие на нее температурного фактора. Разумеется, это не значит, что курение следует пропагандировать как средство для профилактики стоматита. Курение, как доказано многочисленными исследованиями, является причиной многих тяжелых заболеваний человека.

В 40 % случаев реологические расстройства при ХРАС характеризуются выпотеванием плазмы через стенки посткапиллярных венул, повышением вязкости и концентрации крови, замедлением тока крови и образованием агрегатов эритроцитов.

Развивающийся глубокий гиповитаминоз С при ХРАС следует считать одним из пусковых механизмов многочисленных метаболических нарушений, что требует применения этого витамина в лечении. На фоне гиповитаминоза С прежде всего угнетается процесс коллагенообразования, а следовательно, развитие грануляционной ткани. Обнаружено угнетение фагоцитарной и переваривающей функции нейтрофилов, снижение комплементарной и бактерицидной активности сыворотки крови и слюны, резко снижается уровень лизоцима.

Заслуживает внимание гипотеза, по которой микроорганизмы полости рта, имеющие общие антигенные детерминаты аутоаллергической природы, совместно с эпителием слизистой оболочки могут стимулировать клеточные и гуморальные иммунные реакции и вызывать повреждение эпителиальных тканей. В случаях развития ХРАС виновными микроорганизмами являются некоторые виды стрептококка полости рта и его L-формы. ХРАС развивается по типу замедленной гиперчувствительности, а также по смешанному типу аллергии, при котором наблюдаются реакции II и III типов. Эти процессы предполагают использование в лечении десенсибилизирующую и противоаллергическую терапию, о чем говорится ниже.

Цитотоксический тип (II) опосредован IgE и IgM. Антиген всегда связан с клеточной мембраной. Реакция протекает с участием комплемента, который повреждает клеточную мембрану. При иммунокомплексном типе (III) аллергической реакции иммунные комплексы образуются в сосудистом русле при довольно большом поступлении антигена в организм. Иммунные комплексы осаждаются на клеточных мембранах кровеносных сосудов, тем самым вызывая некроз эпителия. В реакции участвуют IgE и IgM. В отличие от второго типа аллергической реакции антиген при иммунокомплексном типе не связан с клеткой.

При аутоиммунных процессах происходит выработка аутоантител или сенсibilизированных лимфоцитов к антигенам собственной ткани. Причиной нарушения «запрета» иммунного ответа на «свое» может быть модификация собственных антигенов в результате каких-либо повреждающих воздействий или наличие так называемых перекрестных реагирующих антигенов. Последние имеют сходные по строению детерминанты, присущие как клеткам организма, так и бактериям.

Аутоиммунные заболевания нередко сочетаются с лимфопролиферативными процессами и с Т-клеточным иммунодефицитом. В частности, при ХРАС отмечается дефект Т-супрессоров.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что среди популяций лимфоцитов у больных ХРАС число клеток составляет 40 % при норме 25 %.

Развитие аллергической реакции при ХРАС ускоряется при наличии предрасполагающих факторов, среди которых общепризнанным является наследственность.

Интересно отметить, что наиболее часто ХРАС встречается у лиц со II группой крови. Очевидно, это связано с большим количеством иммуноглобулинов класса E.

Характерными морфологическими элементами при ХРАС являются афты, которые обычно локализируются на любом участке СОПР и имеют цикл развития 8—10 дней. Афты чаще бывают одиночные, округлой или овальной формы, имеют правильные очертания, окаймлены тонким ярко-красным ободком. Элементы поражения локализованы чаще на гиперемизованном (при симпатическом тонусе) или бледном основании СОПР (при парасимпатическом тонусе). Величина афт варьируется от мелкоочечной до 5 мм в диаметре и более. Они покрыты желтовато-белой фиброзной пленкой, находящейся на одном уровне со слизистой оболочкой или незначительно выступающей выше ее уровня.

Отмечено, что при первоначальном высыпании афты локализируются преимущественно в области вестибулярного отдела ротовой полости, а при последующих рецидивах они обычно возникают в местах первоначального их появления. Нередко афтозные элементы мигрируют, вовлекая в патологический процесс любую область или участок со склонностью охвата задних отделов полости рта. При локализации афт в области дна полости рта, на уздечке языка, деснах, ретромолярной области и небных дужках афты имеют удлиненную форму подковы, в виде трещин или даже геометрических фигур с не совсем ровными краями. Большинство больных в момент обращения жалуются на умеренную боль, которая резко усиливается при приеме пищи, разговоре. Причем чем короче промежутки между рецидивами, тем болезненнее протекает процесс. Довольно часто ухудшается общее состояние больного, появляются головные боли, головокружение, бессонница, тошнота, возможно присоединение субфебрильной температуры и диспепсических явлений.

Фибринозная форма проявляется на слизистой оболочке в виде желтоватого пятна с признаками гиперемии, на поверхности которого выпадает фибрин, плотно спаянный с окружающими тканями. При прогрессировании процесса фибрин отторгается и образуется афта, которая эпителизируется на 6–8 дней. При окрашивании фибрина метиленовым синим (1 %-ным раствором), последний не смывается физиологическим раствором или слюной. Эта форма ХРАС развивается в тех участках СОПР, где отсутствуют малые слюнные железы.

При некротической форме кратковременный спазм сосудов приводит к некрозу эпителия с последующим изъязвлением. Некротизированный налет не плотно спаян с подлежащей тканью и легко снимается при поскабливании. Раствор метиленового синего легко фиксируется на фибринозном налете, но легко смывается физиологическим раствором. Эпителизация данной формы ХРАС наблюдается на 12 - 20-й день. Локализуется некротическая форма ХРАС на обильно васкуляризованных участках СОПР.

В случаях glandулярной формы в воспалительный процесс, кроме СОПР, вовлекаются и малые слюнные железы в области губ, языка, лимфоглочного кольца. Появляются участки гиперемии, на фоне которых слюнные железы кажутся приподнятыми за счет отека. Раствор метиленового синего фиксируется только в области нефункционирующих малых слюнных желез. Затем появляется эрозия, которая быстро переходит в язву, на дне которой видны концевые отделы малых слюнных желез. Основание эрозий и язв инфильтрировано. Стадия эпителизации длится до 30 суток.

Рубцующая форма сопровождается повреждением ацинозных структур и соединительной ткани. Функция слюнных желез заметно снижена. Заживление идет с образованием грубого рубца.

Деформирующая форма отличается более глубокой деструкцией соединительной ткани вплоть до мышечного слоя. Язва при этой форме резко болезненная, носит мигрирующий характер, по периферии ее часто появляются мелкие эрозии и афты.

В случае лихеноидной формы появляются ограниченные участки гиперемии на СОПР, окаймленные беловатым валиком гиперплазированного эпителия. Чаще всего данная форма ХРАС встречается на языке.

Цитоморфологическая картина клеточных элементов при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите характеризуется определенными особенностями: цитологический состав мазков

у больных с поверхности афт представлен клетками мало измененного эпителия и небольшим количеством лейкоцитов, с формированием язв эпителиоциты встречаются реже, количество лейкоцитов с заметными дистрофическими изменениями резко возрастает.

В течении ХРАС патоморфологически выделяют три стадии процесса:

1) *стадию депигментированного и эритематозного пятна*. На этой стадии отмечается интерцеллюлярный отек, разрушение межклеточных контактов цитолиз; в эпителиоцитах мембранные структуры повреждены. В субэпителиальной основе – отек, разрушение волокнистых структур;

2) *эрозивно-язвенную стадию*. Отмечаются некробиотические и некротические процессы, выражен лейкоцитарный инфильтрат;

3) *стадию заживления*. Эпителий регенерирует, отмечается функциональная активность эпителиоцитов.

Первичным элементом поражения этого заболевания следует считать пузырек, образующийся в результате вакуольной дистрофии клеток эпителиального покрова. Пузырьки, как правило, не заметны при клиническом осмотре. Афта, следовательно, вторичный элемент поражения и представляет собой язву со всеми присущими ей общими особенностями. К отличительным признакам афты-язвы при ХРАС следует отнести наличие в зоне полного разрушения эпителиального покрова отдельных скоплений клеток базального и парабазального его слоев, сохраняющих присущие им репродуктивные свойства. Этот факт объясняет отсутствие рубцовых изменений в большинстве случаев при заживлении больших и глубоких афт.

Эффективность лечения больных ХРАС во многом определяется своевременной диагностикой, так как диагностические ошибки встречаются довольно часто. Особое внимание необходимо обратить на дифференциальную диагностику ХРАС и хронического герпетического стоматита (ХГС). Клинические различия между этими двумя нозологическими формами нечеткие, трудно уловимые. Однако более пристальное наблюдение за динамикой этих двух заболеваний с учетом амнестических данных и глубокого клинического анализа состояния больных позволяет выявить те или иные особенности, присущие этим этиологически различным заболеваниям.

Начало воспалительных явлений при ХГС характеризовалось возникновением маленьких пузырьков, заполненных прозрачным или желтоватым содержанием.

У больных ХРАС отмечаются элементы поражения в виде пятен опалового или мутно-молочного цвета, едва выступающих над уровнем слизистой оболочки полости рта. Обрывки эпителия в таких местах вследствие мацерирования слюной покрывали очаг поражения в виде ложноперепончатого налета. В последующем очаги поражения у больных приобретали вид эрозии желтовато-серого цвета, округлой или овальной формы. Для герпетических стоматитов более характерны мелкие (от 1 до 3 мм в диаметре) участки поражения, которые расположились в основном сгруппированно, в большом количестве. При ХРАС наблюдаются крупные афты (от 3 до 6 мм в диаметре) с мягким основанием, конусовидной формы, возвышающиеся над слизистой, разбросанные и единичные. При герпетической инфекции поражения чаще локализуются на губах. При афтозных стоматитах наиболее частая локализация афт отмечена на слизистой щек, языке. Обострения ХГС чаще всего сочетаются с острыми респираторными заболеваниями, ХРАС чаще всего возникает при обострении заболеваний желудочно-кишечного тракта.

ХРАС необходимо дифференцировать также с так называемыми нейтропеническими афтами, которые развиваются у больных с нейтропенией в период резкого уменьшения в периферической крови нейтрофилов.

От сифилитических папул афты отличаются резкой болезненностью, яркой гиперемией вокруг эрозии, кратковременностью существования, отсутствием бледных трепонем, отрицательными серологическими реакциями на сифилис.

Афты, возникающие на слизистой оболочке полости рта, служат одним из симптомов болезни Бехчета, при которой им предшествуют или появляются одновременно с ними другие симптомы, связанные с поражением глаз и кожи половых органов, где возникают афтозно-язвенные высыпания. Болезнь Бехчета имеет септико-аллергический генез. Часто, помимо поражений глаз, слизистой оболочки рта, половых органов, она сопровождается тяжелыми общими явлениями, лихорадкой, ревматоидным артритом и др.

Аналогичный процесс без поражения глаз, но с патологией кишечника афтозно-язвенными высыпаниями вокруг заднепроходного отверстия может быть диагностирован как большой

афтоз Турена. Рубцующуюся и деформирующуюся формы надо дифференцировать с туберкулезом, сифилисом, новообразованиями, заболеваниями крови.

Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита должно быть комплексным и индивидуально подобранным. Его можно разделить на общее и местное.

Этиология патогенез ХРАС до сих пор не могут считаться окончательно выясненными. Это обстоятельство в высокой степени лимитирует назначение больным рациональной терапии. Далеко не всегда удается добиться стойкого терапевтического эффекта. Выбор метода лечения должен основываться в первую очередь на данных детального обследования больного, что дает возможность выработать индивидуальный план лечения.

В практике чаще всего применяются адrenoблокаторы. Если аллерген, провоцирующий ХРАС, не обнаружен или выявлена полиаллергия, то назначают неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию. Для этого используют антигистаминные препараты. Учитывая большое значение в патогенезе ХРАС активации калликреин-кининовой системы, больным назначают ингибиторы простагландинов, которые обладают обезболивающим, десенсибилизирующим действием.

На фоне выраженных невротических состояний с нарушением сна назначают транквилизаторы и нейролептические препараты. В последние годы в зарубежной практике для лечения больных с ХРАС с успехом применяются различные бактериальные антигены как стимуляторы иммунной системы. Для иммунотерапии ХРАС используют бактериальные аллергены золотистого стафилококка, пиогенного стрептококка, кишечной палочки.

Ведущее место в общем лечении ХРАС занимает витаминотерапия. При назначении витаминов целесообразно учитывать синергизм и антагонизм витаминов, взаимодействие с гормонами, микроэлементами и другими физиологически активными веществами, с некоторыми группами лекарственных препаратов.

Однако при обострении ХРАС желателно не назначать витамины группы В, так как они могут усугубить тяжесть заболевания из-за аллергических реакций. Весьма эффективно назначение больным витамина У. При использовании данного препарата наблюдается положительный результат у 60 % больных, у которых рецидивы не отмечались в течение 9-12 месяцев.

Больным в период обострения ХРАС запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, спиртных напитков.

Хлоргексидин характеризуется широким спектром действия, наиболее активен по отношению стафилококку, кишечной и синегнойной палочкам. Препарат малотоксичен, обладает значительной поверхностной активностью и дезинфицирующими свойствами. При ХРАС эффективны полоскание полости рта раствором хлоргексидинабиглюконата.

Несмотря на высокую бактерицидность препаратов йода, их использование для лечения ХРАС ограничено ввиду раздражающего и прижигающего действия. Препарат йодопирон не обладает таким отрицательным действием за счет присутствия полимера – поливинилпирролидона. Имеется положительный опыт применения смеси 0,1 %-ного новоиманина, 0,1 %-ного хинозола, 1 %-ного цитраля-1 в равных количествах. Проводятся аппликации на пораженные участки на 12–15 мин. Для лучшего проникновения лекарственных веществ в подслизистый слой применяют димексид, который способен проникать через клеточные мембраны без их повреждения при активном транспорте лекарственных средств.

В качестве противовоспалительных средств используют отвары зверобоя, аира, листьев березы, лопуха большого, календулы. Отек тканей и проницаемость сосудов значительно снижают под влиянием препаратов растительного происхождения, обладающих вяжущим и дубящим свойствами. К ним относятся ромашка, айва, кора дуба, соплодия ольхи. Для обезболивания используют настой листьев шалфея, сок каланхоэ. Для местной анестезии применяют местноанестезирующие средства – эмульсию анестезина в подсолнечном, персиковом масле, концентрация анестезина 5–10 %, раствор новокаина (3–5 %-ный), 1–2 %-ный раствор пиромекаина, 2–5 %-ный раствор тримекаина; 1–2 %-ный раствор лидокаина.

В начальную стадию ХРАС показаны средства, обладающие способностью стабилизировать мембраны лизосом, тем самым препятствуя образованию медиаторов воспаления (производные мейфенамовой кислоты; салицилаты; лекарственные средства ингибирующие действие гидролитических ферментов (трасилол, контрикал, пантрипин, амбен, кислота аминокaproновая); средства, подавляющие действие медиаторов воспаления в связи с наличием функционального

антагонизма (антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, диазолин), антагонисты серотонина (бутадиион, перитол), брадикинина (кислота мефенамовая), ацетилхолина (димедрол, электролиты кальция, магния). Важным звеном в местном лечении ХРАС является применение препаратов, устраняющих внутрисосудистые нарушения микроциркуляции. С этой целью показано применение препаратов, снижающих и предупреждающих агрегацию форменных элементов крови, понижающих вязкость, ускоряющих кровоток. К ним относятся низкомолекулярные декстраны, антикоагулянты и фибринолитические средства (гепарин, фибринолизин, ацетилсалициловая кислота).

В настоящее время разработаны мази на гидрофильной основе и могут применяться при лечении ХРАС: мазь «Левосина», «Левомеколя», «Диоксиколь», «Сульфамеколь». Данные препараты обладают выраженными антимикробными свойствами, оказывают обезболивающее действие и неполитический эффект.

Разработаны лекарственные пленки для лечения ХРАС. Биорастворимые пленки содержат от 1,5 до 1,6 г сульфата атропина. Биопленка накладывается на патологический очаг 1 раз в сутки независимо от приема пищи. Благодаря медленной растворимости специальной полимерной композиции обеспечивается длительный контакт атропина со слизистой оболочкой.

Учитывая наличие аллергического компонента в патогенезе ХРАС, больным необходимо проводить комплексный метод лечения, включающий применение ингибиторов протеолиза. Можно проводить аппликации следующей смесью: контрикал (5000 ЕД.), гепарин (500 ЕД.), 1 мл 1 %-ного новокаина, гидрокортизон (2,5 мг). Этому должна предшествовать антисептическая обработка СОПР и удаление некротических наслоений с помощью ферментных препаратов: трипсина, химотрипсина, террилитина.

Во второй стадии течения ХРАС патогенетически обосновано применение препаратов, способных стимулировать регенерацию. К ним относятся винилин, мазь ацемина, витамин А, метилурацил. Хороший эффект оказывает солкосерил, экстракт крови крупного рогатого скота, освобожденный от протеинов и не обладающий антигенными свойствами. Препарат ускоряет рост грануляций и эпителизацию эрозии или язвы. Для стимуляции эпителизации афт-элементов целесообразно назначать 1 %-ный раствор мефенамина натрия, мазь ацемина, 1 %-ный раствор цитраля. Аппликации производят 3–5 раз в день после приема пищи. Хорошим кератопластическим действием обладают природные масла: шиповника, облепихи, сливовое, кукурузное и др.

В последнее время довольно часто в литературе встречаются сообщения о применении прополиса. Прополис представлен смесью цветочной пыльцы, коричной кислоты, сложных эфиров, провитамина А, витаминами В₁, В₂, Е, С, РР, Н. Прополис обладает выраженным противомикробным, противовоспалительным, обезболивающим, дезодорирующим, тонизирующим действием.

Учитывая этиологию и патогенез ХРАС, необходимо у лиц, страдающих частыми рецидивами, проводить 2–3 лечебных физиотерапевтических курса в год. В период ремиссии для нормализации иммунобиологической реактивности организма проводят УФ-облучение.

В лечении ХРАС необходимо назначение средств коррекции, направленных на восстановление функции пищеварительной системы. В общем лечении ХРАС имеет место назначение транквилизаторов, седативной терапии. В межрецидивный период больным назначаются препараты, регулирующие межклеточный обмен: биостимуляторы, адаптогены, витамины. Клиническая практика последних лет убеждает в необходимости иммунотерапии ХРАС. С помощью иммуностимуляторов удается достичь более быстрого выздоровления, добиться стойкой ремиссии. В местном лечении ХРАС важно учитывать фазу процесса, степень тяжести, локализацию высыпных элементов.

Библиографический список:

1. Боровский Е. В. , Машкилейсон А. Л. _ " Заболевания слизистой оболочки рта и губ "
2. Данилевский Н. Ф. , Борисенко А. В. , Антоненко М. Ю. _ " Заболевания слизистой оболочки полости рта "
3. Touyz S. W. , Liew V. P. , Treng P. _ " Oral and dental disease "
4. Kois J. C. , Truelove E _ " Detecting oral disease "
5. Гажва С. И. , Иголкина Н. А. _ " Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта "
6. Гилева О. С. _ " Структура факторы риска и клинические особенности заболеваний "

слизистой оболочки полости рта "

7. Шкаредная О. В. , Пятова Е. Д. _ " Комплексный подход к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с хроническими гастритами "

8. Данилевский Н. Ф. , Леонтьев В. К. , Несин А. Ф. , Рахный Ж. И. , _ " Заболевания слизистой оболочки полости рта "

9. Барер Г. М. _ " Терапевтическая стоматология "

Дробязко Петр Александрович

врач акушер-гинеколог

ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого Департамент Здравоохранения г. Москвы

город Москва , Российская Федерация

E-mail: drobyazko.peter@gmail.com

Drobyazko Peter Aleksandrovich

obstetrician-gynecologist

City hospital named after S. I. Spasokukotskiy the Department of health of Moscow

Moscow , Russian Federation

E-mail: drobyazko.peter@gmail.com

УДК 618.15

РОЛЬ ВОЗРАСТА СЕКСУАЛЬНОГО ДЕБЮТА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВАГИНИТОМ

ROLE OF AGE OF SEXUAL DEBUT IN WOMEN WITH CHRONIC VAGINITIS

Аннотация: Исследование пациенток с различными формами хронического вагинита , в свете , влияния возраста сексуального дебюта женщины относительно рисков развития воспалительных процессов в нижних репродуктивных путях , в том числе и на фоне бактериального вагиноза. Анализ этиологических форм и комбинаций смешанного хронического вагинита у женщин с ранним и относительно поздним началом половой жизни.

Abstract: Study of patients with various forms of chronic vaginitis , of the influence of age of sexual debut of women regarding the risk of development of inflammatory processes in the lower reproductive ways , including on the background of bacterial vaginosis. Analysis of the etiological forms and combinations of mixed chronic vaginitis in women with early and relatively late onset of sexual activity..

Ключевые слова: вагинит , хронический вагинит , сексуальный дебют , специфический вагинит , неспецифический вагинит , бактериальный вагиноз , *gardnerella vaginalis* , *candida albicans*

Key words: vaginitis , chronic vaginitis , sexual debut , specific vaginitis , nonspecific vaginitis , bacterial vaginosis , *gardnerella vaginalis* , *candida albicans*

Введение.

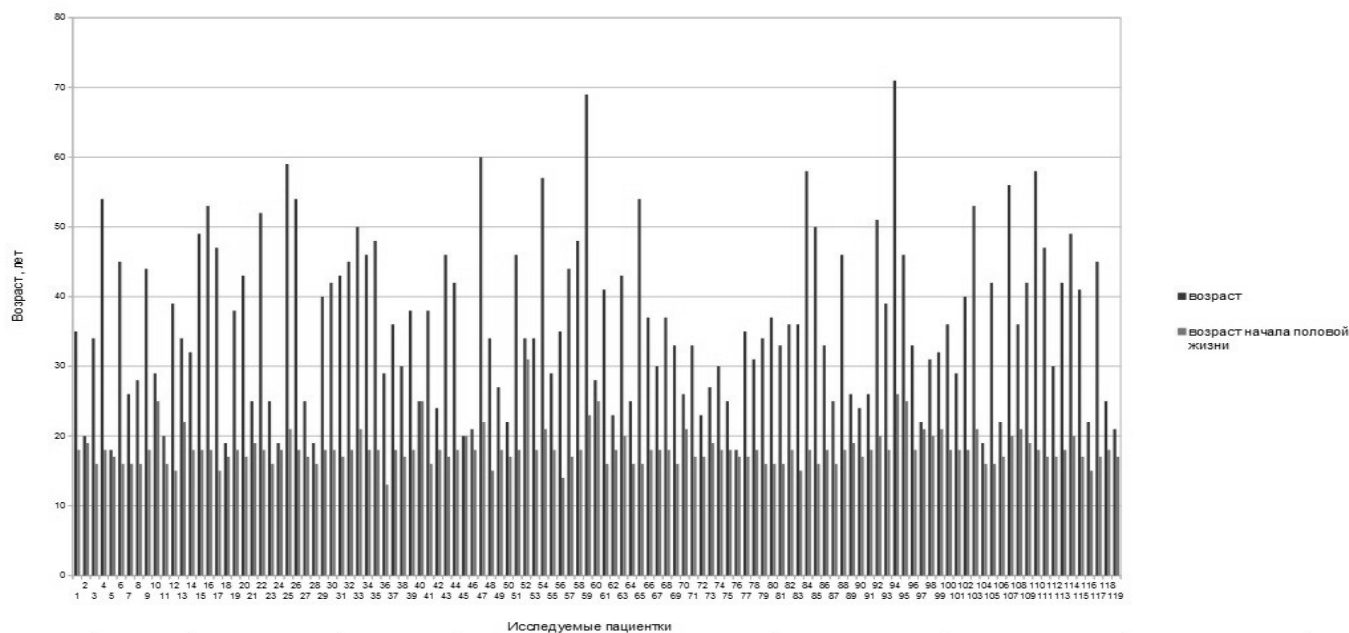
Исследуя воспалительные процессы в нижних репродуктивных путях женщины , невозможно оставить без внимания такую немаловажную деталь , как возраст сексуального дебюта. По мнению исследователей из США и Западной Европы , ранняя сексуальная активность ведет к увеличению риска заболеваемости инфекциями передающимися половым путем и ВИЧ-инфекции. [1, 276-287; 3, 435-441; 4, 27-40] Так же стоит учитывать , тот факт что раннее начало половой жизни имеет влияние и на сексуальное поведение женщины в будущем. Согласно отечественным и зарубежным исследованиям в области социального поведения молодежи , раннее начало сексуального дебюта приводит к дальнейшему рискованному сексуальному поведению: частой смене половых партнеров и отказу от применения барьерных контрацептивов. [5, 366-372; 6, 91-100; 7, 531-569] Следует понимать , что в структуре развития хронического вагинита , тем более специфической его формы , ключевую роль играет поведенческая составляющая и образ жизни пациентки. Исследования эпидемиологической обстановки относительно воспалительных заболеваний женской репродуктивной системы , показали что риск развития острого и хронического специфического вагинита на фоне бактериального вагиноза на 50-60% выше у женщин , которые: 1) имели большое количество половых партнеров в течении жизни , 2) не состоят в браке и не имеют постоянного полового партнера , 3) имели ранее начало сексуальной жизни , 4) практиковали коммерческий секс , 5) практиковали регулярное спринцевание. [2, 271-275] К сожалению , поведенческие аспекты сексуальной жизни достаточно трудны в исследовании , так как судить о достоверности анамнестических данных практически невозможно.

Основная часть.

При исследовании хронического вагинита у сексуально активных женщин , проводилась

систематизация и учет анамнестических данных , таких как возраст пациенток и возраст начала половой жизни. Из 120 исследуемых женщин регулярно живущих половой жизнью , минимальный возраст пациентки составил 18 лет , в то же время как максимальный возраст на момент исследования составил 71 год. Время сексуального дебюта колеблется от 13 до 31 года , более наглядно данные представлены в рисунке №1.

Рис.1. Возраст на момент исследования и возраст сексуального дебюта.



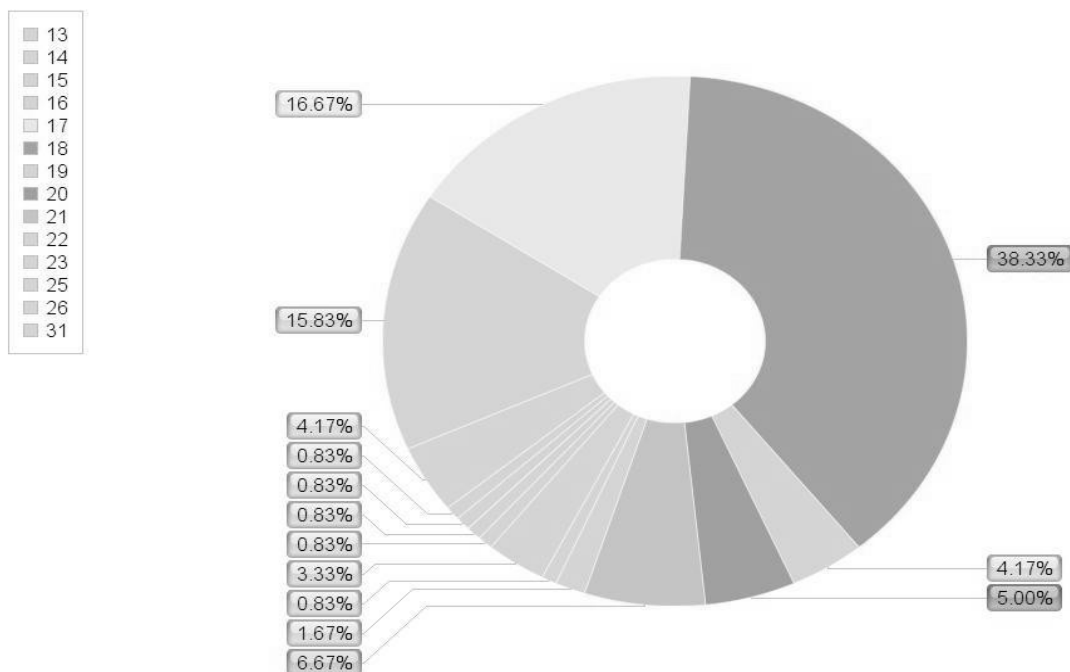
Данная схема визуально подтверждает , что амплитуда разницы возраста начала половой жизни гораздо ниже , чем амплитуда разницы возраста пациенток на момент исследования.

Относительно исследования только возраста сексуального дебюта были получены следующие данные , представленные в таблице №1 и рисунке №2:

Таблица.1. Возраст сексуального дебюта.

Возраст полового дебюта	Количество пациенток	% от общего числа женщин
13	1	0,83%
14	1	0,83%
15	5	4,17%
16	19	15,83%
17	20	16,67%
18	46	38,33%
19	5	4,17%
20	6	5,0%
21	8	6,67%
22	2	1,67%
23	1	0,83%
25	4	3,33%
26	1	0,83%
31	1	0,83%

Рис. 2. Возраст сексуального дебюта
 Возраст сексуального дебюта у женщин страдающих хроническим вагинитом



Основная масса пациенток с явлениями хронического вагинита, имела возраст полового дебюта от 16 до 18-ти лет, в сумме - 70,83% от общего числа исследуемых пациенток. Говоря о влиянии возраста начала сексуальной жизни на развития хронического вагинита целесообразно выделить группы с низким процентным соотношением:

1. пациентки с ранним сексуальным дебютом младше 16-ти лет – 7 пациенток, 5,83% от общего числа исследуемых пациенток
2. пациентки с относительно поздним сексуальным дебютом старше 21-го года – 9 пациенток, 7,49% от общего числа исследуемых пациенток

В первую группу попали пациентки от 22-х до 47-ми лет на момент консультации, из 7 пациенток: у 3-х женщин был выявлен *Candida albicans*-ассоциированный вагинит, 2-х смешанный вагинит, и еще 2-х пациенток специфического вагинита у одной из которых так же имело место явление *Candida albicans*-ассоциированного вагинита. На основании полученных результатов, наличие инфекционного агента передающегося половым путем идентифицируется у 4-х пациенток из 7-ми, более 57% из данной группы и более 3% от общего числа исследуемых женщин. Во второй группе оказались пациентки в возрасте от 25-ти до 71-го года на момент консультации, из 9-ти пациенток: у 7-ми имело место наличие неспецифического воспалительного процесса во влагалище, у одной пациентки *Candida albicans*-ассоциированная инфекция, и одна пациентка с явлениями специфического вагинита, что является меньше 12% из данной группы, и менее 1% от общего числа исследуемых пациенток. Стоит отметить, что определение этиологии воспалительного процесса проводилось минимум 3-мя методами, у всех пациенток: микроскопическое исследование отделяемого из влагалища, бактериологическое исследование вагинального содержимого и комплексное исследование методом полимеразно-цепной реакции на наличие инфекции передающиеся половым путем с обязательным определением *Gardnerella vaginalis*. Относительно бактериального вагиноза, были получены противоречивые данные - наличие *Gardnerella vaginalis* подтверждено у 3-х пациенток из каждой группы, это 2,5% от общего числа исследуемых женщин, и 7,8% от числа пациентокотягощенных наличием дисбиоза влагалища.

Подводя итоги анализа полученных данных, входе исследования, можно выделить следующие тезисы:

1. ранее начало половой жизни до 16-ти лет увеличивает риск развития хронического вагинита обусловленного наличием инфекции передаваемой половым путем , либо вагинита смешанной этиологии , в комбинациях: специфический вагинит + неспецифический вагинит , специфический вагинит + *Candida albicans*-ассоциированный вагинит

2. у женщин с условно поздним сексуальным дебютом , с началом половой жизни позже 22-х лет , более актуален неспецифический вагинит , и чаще отсутствие данных за урогенитальную инфекцию передаваемую половым путем

3. риск развития бактериального вагиноза , не имеет прямой зависимости от возраста сексуального дебюта женщины , бактериальный вагиноз имеет мультифакторные , сложные риски развития , что требует более прицельного изучения в отдельных возрастных и социальных категориях групп женщин

Выводы.

Специфические вагиниты и смешанные формы воспалительного процесса в нижних репродуктивных путях женщины сложнее поддаются диагностике и лечению , нежели чем воспалительные процессы вызванные условно-патогенной микрофлорой , и имеют более негативный прогноз относительно реализации репродуктивной функции женщины. Лечение урогенитальных инфекций передаваемых половым путем требует более современной и точной диагностики , в преобладающем большинстве случаев , применения прицельной антибиотикотерапии центрального действия. Так же стоит учесть , что в ряде случаев требуется своевременная диагностика и лечение полового партнера пациентки , и как следствие , привлечение врачей смежных специальностей , лечение таких проблем может неблагоприятно сказываться и на моральных отношениях в паре. Современные методы диагностики , комплексная медикаментозная терапия и наблюдение смежными специалистами резко увеличивает расходы на лечение для пациентов.

Решение медицинских и экономических проблем связанных с ранним началом половой жизни , возможно с помощью своевременной информированности девушек до начала полового дебюта и в ближайшее время после полового дебюта. Доступность материалов информационного характера , часто зависит от места проживания пациентов , от развития уровня информационных технологий в данном регионе , показатели настоящего исследования приведены относительно крупного многомиллионного мегаполиса , и с большой вероятностью можно судить , о том что информированность женского населения в менее населенных городах гораздо ниже. Внедрение цифровых технологий в регионах , развитие интернет-ресурсов медицинской и социальной направленности , способны оказать благоприятное влияние на здоровье населения , предотвратить многие заболевания среди молодежи , улучшить демографические и социальные показатели региона , это тот путь когда виртуальные технологии могут иметь вполне реальные результаты.

Библиографический список:

1. Social and behavioral determinants of self-reported STD among adolescents / D.M. Upchurch, W.M. Mason, Y. Kusunoki, M.J. Kriechbaum // *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2004. No. 36 (6). P. 276–287.

2. Sweet R.I. Role of bacterial vaginosis in pelvic inflammatory disease , *Clin. Infect. Dis.* 2005 , №20 page 271-275

3. Understanding the link between early sexual initiation and later sexually transmitted infection: test and replication in two longitudinal studies / D.M. Upchurch, W.M. Mason, Y. Kusunoki et al. // *Journal of Adolescent Health*. 2014. No. 54 (4). P. 435–441.

4. Is Early Sexual Debut a Risk Factor for HIV Infection Among Women in Sub-Saharan Africa? A Systematic Review / H. Stöckl, N. Kalra, J. Jacobi, C. Watts // *American Journal of Reproductive Immunology*. 2013. No. 69 (s1). P. 27–40.

5. Shafii, T, Stovel, K, Davis, R & Holmes, K 2004, 'Is condom use habit forming?: Condom use at sexual debut and subsequent condom use', *Sexually transmitted diseases*, no. 31 (6), p. 366-372.

6. Kastbom, Å.A. et al. 2015, 'Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life', *Acta Paediatrica*, vol. 104, no. 1, p. 91-100.

7. Heywood, W et al. 2015, 'Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population-Based Data', *Archives of sexual behavior*, vol. 44, no. 3, p. 531-569

Гулиева Валентина Ярославовна
Gulieva Valentina Yaroslavovna

Студентка 310 группы стоматологического факультета
Тверского Государственного Медицинского Университета
E mail: fadanova16@mail.ru

Обухова Маргарита Олеговна
Obukhova Margarita Olegovna

Студентка 310 группы стоматологического факультета
Тверского Государственного Медицинского Университета
E mail: rita_obuhova@mail.ru

УДК 616-006

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АМЕЛОБЛАСТОМЫ

CLINICOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS OF AMELOBLASTOMA

Аннотация: в данной статье дается ретроспективный анализ операционного материала, клинические и морфологические характеристики, профилактика и лечение амелобластомы.

Abstract: this article provides a retrospective analysis of surgical materials, clinical and morphological characteristics, prevention and treatment of ameloblastoma.

Ключевые слова: морфология, клиника, характеристика, амелобластома.

Key words: morphology, characteristic, ameloblastoma.

Введение.

Удельный вес опухолей орофациальной области составляет от 15 до 30%, которые по гистогенезу отличаются большим разнообразием. Диагностика их представляет одну из трудных задач современной медицины, что связано не только с множеством патологических процессов и пороков развития лицевого скелета, но и с нехарактерными симптомами развития болезни. Среди одонтогенных опухолей наиболее часто встречается амелобластома.

Цель исследования.

Выявить частоту встречаемости амелобластомы, изучить ее клинико-морфологические особенности.

Материал и методы.

Проведен ретроспективный анализ операционного материала от больных челюстно-лицевого отделения и протоколов патогистологических заключений на базе патологоанатомического отделения городской клинической больницы №1 имени В.В.Успенского г. Твери за 2010-2016 годы. Разработана сводная таблица, в которую были внесены данные возраста больных, половой принадлежности, локализации патологического процесса, диагноз и осложнения.

Обсуждение.

Морфологическая характеристика: Макроскопически опухоль представляет форму узла, серого цвета, с неровной поверхностью, частично заключена в капсулу, костная ткань истончается, постепенно нарастает многоочаговая деформация челюсти в виде вздутия, преимущественно локализуется в области угла и тела нижней челюсти. В некоторых случаях опухоль выходит за пределы челюсти и прорастает в мягкие ткани. Существует две формы новообразования, кистозная и солидная (массивная).

Микроскопически амелобластома представлена эпителиальными опухолевыми комплексами округлой или неправильной формы, отделенными друг от друга прослойками соединительной ткани. По гистологическому строению опухоль напоминает эмалевый орган. По периферии комплексов располагается цилиндрический или кубический эпителий, в центре – полигональные звездчатые клетки, образующие своими отростками сеть. Существует несколько форм строения опухоли: фолликулярная, акантоматозная, базально-клеточная и гранулярно-клеточная. Фолликулярная амелобластома встречается наиболее часто, но зачастую в пределах одной опухоли можно встретить разные типы гистологического строения.

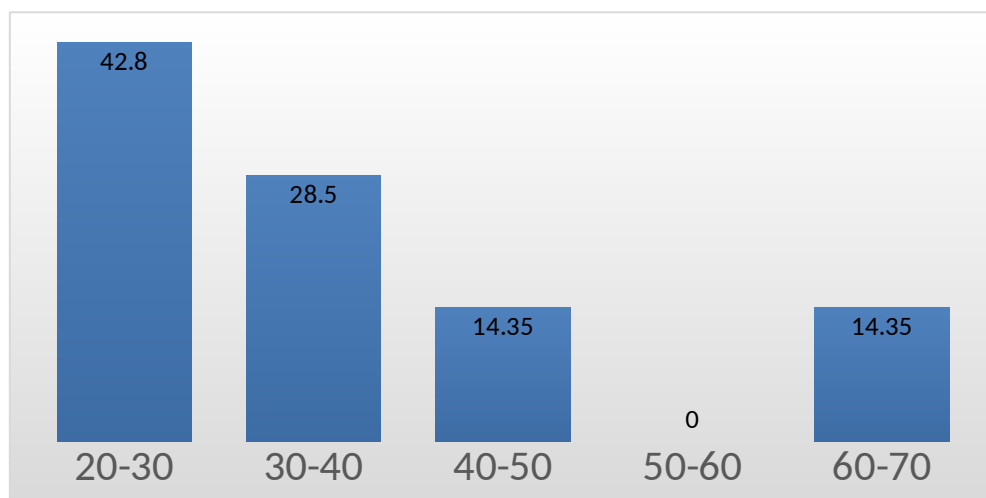
Клиническая характеристика: Развитие амелобластомы происходит очень медленно, однако с прогрессированием заболевания челюсть деформируется. Первым видимым проявлением болезни

служит нарушение асимметрии лица, припухлость со стороны поражения. Степень асимметрии может различаться: от небольшой до значительно выраженной. Опухоль на верхней челюсти встречается гораздо реже, но может протекать еще более незаметно, поскольку опухоль распространяется в верхнечелюстную пазуху. Когда опухоль начинает повреждать структуру костной ткани, у пациента появляется боль, которую он может принимать за зубную. Происходит расшатывание и смещение зубов. При пальпации определяется гладкий или бугристый веретенообразно вздутый участок кости, при истончении костная ткань легко прогибается и пружинит. Со стороны полости рта можно наблюдать деформацию альвеолярного отростка.

Кожные покровы над пораженной областью долгое время остаются неизменными, подвижными, легко собираются в складку. Течение заболевания может быть осложнено воспалительными процессами - нередко в полости рта обнаруживаются свищи с серозно-гнойными выделениями. При неблагоприятном развитии или длительном некорректном лечении возможно озлокачествление. До настоящего времени причины развития новообразования дискутируются.

Результаты.

За шестилетний период было проанализировано 18 историй болезни и гистологических заключений. Удельный вес амелобластомы среди патологии орофациальной области составил 0,4%. Новообразование чаще встречалось у мужчин (57,2%), чем у женщин (42,8%) в возрастном интервале от 16 до 63 лет.(Рис.2)Наибольшее число больных (71,13%) было отмечено в группе от 20 до 40 лет.(рис.1) Во всех наблюдениях опухоль поражала область угла и тела нижней челюсти. Клинически амелобластома имела форму узла серого цвета с неровной поверхностью, частично заключенного в капсулу. В области опухолевого роста костная ткань деформирована, неравномерно истончена, отмечалась ее очаговая деструкция. В двух наблюдениях новообразование прорастало мягкие ткани полости рта. В нашем материале амелобластома была представлена тремя морфологическими вариантами: плексиформным – 71,4%, фолликулярным и акантоматозным – по 14,3%. Рецидивы опухоли в течение года отмечались у 57,14% больных. Гистологическое строение рецидивов повторяло структуру первичной опухоли. При сопоставлении клинического и морфологического диагнозов было отмечено их несоответствие. Дифференциально-диагностические ошибки имели место в 66,7% наблюдений. Чаще всего за амелобластому принимали эпителиальную кисту (27,7%), остеобластокластому (11,1%) и эпulis (5,5%).



Ри

Распространённость заболевания по возрасту

с.1.

Распространенность заболевания по половой принадлежности



Рис.2.

Диагностика амелобластомы.

Диагностика амелобластомы затруднена, характеризуется длительным бессимптомным течением и выявляются либо случайно при рентгенологическом обследовании, либо вследствие деформации челюсти при достижении опухоли значительных размеров. Общее состояние больных, как правило, не страдает.

Лечение амелобластомы.

Лечение амелобластомы должно быть радикальным с учетом опухолевого процесса, заключается в хирургическом удалении пораженного опухолью участка в пределах здоровой ткани, отступив 10-15 см. Перед хирургическим вмешательством обязательно производится санация полости рта. Такие операции не нарушают непрерывность челюсти, нередко позволяют сохранить функцию и избежать обезображивания лица пациента. В случае значительного объема опухоли, производится резекция челюсти или экзартикуляция. Сама операция осуществляется под эндотрахеальным наркозом. Послеоперационное комплексное лечение всегда включает в себя антибактериальную, симптоматическую и корригирующую терапию. В случае утраты пациентом значительного объема костной ткани для восстановления функции челюсти применяют первичную костную пластику. В послеоперационном периоде происходит быстрое и полное восстановление жевательной функции. Во время жевания больные не испытывают неудобств, связанных с операцией, и очень скоро привыкают к протезу рациональной конструкции.

В нашем ретроспективном анализе зачастую (73,1%) ход операции проводился следующим образом:

Под эндотрахеальным наркозом производился послойный разрез длиной приблизительно 8-10 см в поднижнечелюстной области. Были экспонированы (выделены) угол и ветвь челюсти. После удаления опухоли края костного изъяна обрабатывались фрезой, сосуды были перевязаны. В костный изъян, была вшита жевательная мышца, сохранялись задние и нижние края челюсти толщиной примерно 15 мм.

Остальные 26,9% операции проводились по индивидуальным показаниям.

Профилактика амелобластомы.

Для профилактики новообразования челюстных костей, необходим комплексный подход включающий рентгенологическое и гистологическое исследование. Кроме того, целесообразны профилактические осмотры врача раз в год.

Заключение: сложность клинико-морфологической верификации амелобластомы показывает необходимость дооперационного биопсийного исследования материала и обязательного морфологического заключения с целью уточнения патологического процесса.

Библиографический список:

1. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия 5-ое издание.-2012-238 с.
2. Хирургическая стоматология под редакцией проф. Т.Г. Робустовой.-1990-462 с.
3. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-

лицевая хирургия детского возраста.-2012-Раздел 7.

Пушкарёва Анастасия Станиславовна

Pushkareva Anastasia Stanislavovna

студентка 4 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск;

E-mail: npushkareva96@mail.ru

Овчинников Юлия Александровна

Ovchinnikova Yuliya Aleksandrovna

студентка 4 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск

E-mail: ms.iulia96@list.ru

Стяжкина Светлана Николаевна

Styazhkina Svetlana Nikolaevna

доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск.

УДК 616.37

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2016 ГОД

MORBIDITY BY ACUTE PANCREATIT OF THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC FOR 2016

Аннотация: в данной статье представлен анализ структуры заболеваемости острым панкреатитом населения Удмуртской Республики за 2016 год по данным Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «1 Республиканская клиническая больница министерства здравоохранения Удмуртской Республики» с учетом возраста, пола, социальной группы, места жительства, диагноза, типа хирургического вмешательства, койко-дней и исхода госпитализации пациентов.

Abstract: this article presents the analysis of the structure of the incidence of acute pancreatitis in the population of the Udmurt Republic in 2016 according to the Budget health care institution of the Udmurt Republic "1 Republican clinical hospital of the Ministry of health of the Udmurt Republic", taking into account age, gender, social group, place of residence, diagnosis, type of surgical intervention, hospital days and outcome of hospitalized patients.

Ключевые слова: острый панкреатит, хирургия, операция, пол, возраст, заболеваемость, пациент, осложнения, Удмуртская Республика.

Keywords: acute pancreatitis, surgery, operation, gender, age, morbidity, the patient, complications, Udmurt Republic.

Введение: Острый панкреатит в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости прочно занимает третье место, уступая острому аппендициту и холециститу, является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии [2]. Сегодня, острый панкреатит представляет собой угрозу для жизни пациентов в связи с частым развитием тяжелых осложнений и летальностью [3].

Цель исследования: проанализировать структуру заболеваемости острым панкреатитом за 2016 год на базе Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «1 Республиканская клиническая больница министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР») с учетом возраста, пола, социальной группы, места жительства, диагноза, типа хирургического вмешательства, койко-дней и исхода госпитализации пациентов.

Материалы и методы: проведена статистическая обработка 74 историй болезни пациентов

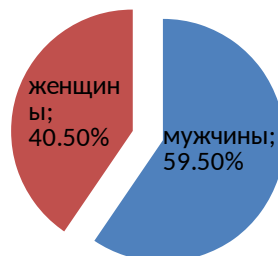
с диагнозом «острый панкреатит» хирургического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» за 2016 год, проведен анализ годовых отчетов БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» за 2016 год.

За исследуемый период в хирургическом отделении БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» было зарегистрировано 74 пациента с диагнозом «острый панкреатит» (K85.0), диагноз у всех пациентов был подтвержден лабораторными и инструментальными методами исследования [4].

Проанализировав структуру пациентов с диагнозом «острый панкреатит» по полу выяснено, что в 2016 году пациенты мужского пола составили 59,5% (44 случая), женского пола – 40,5% (30 случаев) [1]. См. диаграмма 1.

Диаграмма 1

Распределение по половой принадлежности

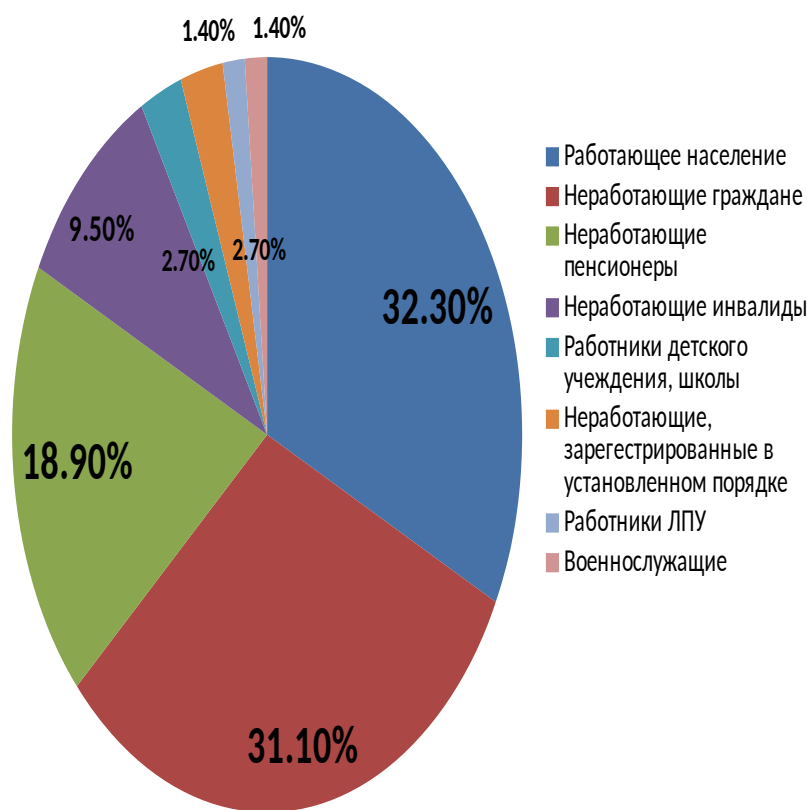


Средний возраст пациентов, поступивших с диагнозом «острый панкреатит» в 2016 году составил 49,6 лет [4].

Распределение пациентов с диагнозом «острый панкреатит» по социальным группам: работающее население – 32,3% (24 случая), неработающие граждане – 31,1% (23 случая), неработающие пенсионеры – 18,9% (14 случаев), неработающие инвалиды – 9,5% (7 случаев), работники детского учреждения, школы – 2,7% (2 случая), безработные, зарегистрированные в установленном порядке – 2,7% (2 случая), работники лечебного профилактического учреждения (ЛПУ) – 1,4% (1 случай), военнослужащие – 1,4% (1 случай). См. диаграмма 2.

Диаграмма 2

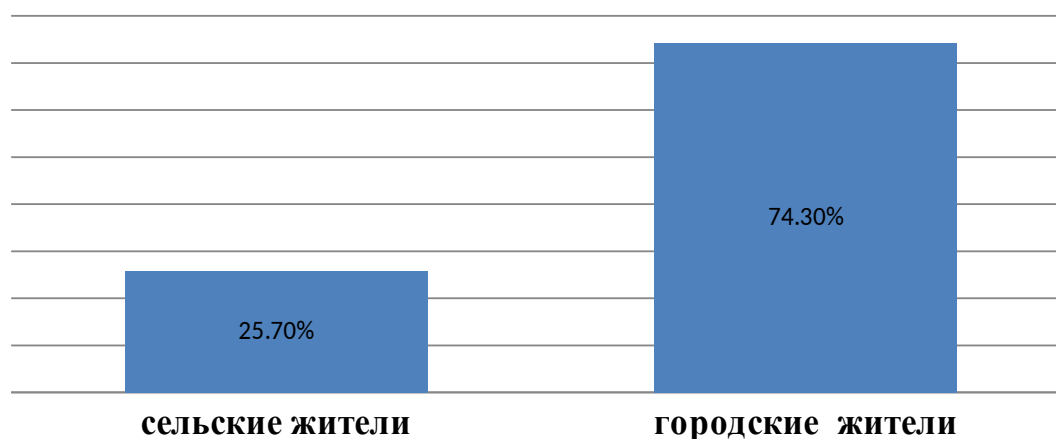
Распределение пациентов с диагнозом «острый панкреатит» по социальным группам



По данным 2016 года 74,3% пациентов проживают в городской местности (53 случая), жители сельской местности составили 25,7% (19 случаев) [1]. См. диаграмма 3.

Диаграмма 3

Распределение пациентов по месту жительства пациентов.



Среди поступивших пациентов основным диагнозом был «острый панкреатит» (K85.0) – 100,0% (74 случая).

Из 74 поступивших 83,8% пациентов (62 случая) не подверглись хирургическому вмешательству, среди 12 оперированных пациентов наблюдалось 59 случаев «входа в живот» [1].

Среди 12 хирургических пациентов зарегистрирована плановая ревизия брюшной полости (повторная релапаротомия) - 52,5% (31 случай); некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, санация и дренирование забрюшинного пространства - 20,3% (12 случаев); лапаротомия по поводу септических осложнений (распространенный гнойный перитонит) – 10,2% (6 случаев); наружное дренирование кисты поджелудочной железы – 3,4% (2 случая); абдоминализация поджелудочной железы, санация и дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства – 3,4% (2 случая); эмболизация ветвей внутренних подвздошных артерий – 1,7% (1 случай); холецистотомия –

1,7% (1 случай); удаление протезного приспособления из желчного протока – 1,7% (1 случай); внутренний дренаж панкреатической кисты – 1,7% (1 случай); другие операции на поджелудочной железе – 1,7% (1 случай); операции по поводу септических осложнений (множественные тонкокишечные свищи, множественные абсцессы) – 1,7% (1 случай).

В 2016 году средний койко-день составил 17,6 дней [4].

Распределение пациентов по исходу госпитализации: 97,3% пациентов (72 случая) выписаны, 2,7% пациентов (2 случая) переведены в другое лечебно-профилактическое учреждение.

Выводы: в ходе проведенной работы выявлено, что данное заболевание чаще регистрируется у лиц мужского пола средней возрастной категории (49,6 лет). Среди поступивших пациентов основным диагнозом был «острый панкреатит» – 100,0%. Из 74 поступивших пациентов оперативному лечению подверглось 16,2% (12 случаев). Средний койко-день составил 17,6 дней. По окончании лечения 97,3% пациентов (72 случая) выписаны, 2,7% пациентов (2 случая) переведены в другое лечебно-профилактическое учреждение.

Библиографический список:

1. Годовой отчет БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» за 2016 год. С.200-289.
2. Гусейнов А.З., Карапыш Д.В. Острый панкреатит как медикосоциальная проблема в структуре ургентной абдоминальной хирургической патологии//Вестник новых медицинских технологий ,2010. Том 17, №3. С. 198-199.
3. Ситников В.А., М.В. Варганов, С.Н. Стяжкина. Острый панкреатит - Ижевск,2008. 120с.
4. Истории болезни хирургического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» за 2016 год.

Габдракипова Альбина Айбековна

студентка IV курса медицинского института НИУ «БелГУ», г.Белгород

Черватюк Мария Игоревна

студентка IV курса медицинского института НИУ «БелГУ», г.Белгород.

Мищенко Алина Николаевна

студентка IV курса медицинского института НИУ «БелГУ», г.Белгород.

Gabdrakipova Albina Aybekovna

student of the IV course medical Institute, national research UNIVERSITY "BelSU", BELGOROD

Chervatuk Maria Igorevna

student of the IV course medical Institute, national research UNIVERSITY "BelSU", BELGOROD

Mishenko Alina Igorevna

student of the IV course medical Institute, national research UNIVERSITY "BelSU", BELGOROD

УДК 616.12-008.331.1.

**ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА****DEPENDENCE OF DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AT PERSONS
WITH EXCESSIVE BODY MASS**

Аннотация: В данной статье анализируются результаты исследования взаимосвязи показателей ИМТ и развития артериальной гипертензий у лиц возраста 18-26 лет. Утверждается, что вероятность развития артериальной гипертензии у лиц среднего возраста с избыточной массой тела в 2 раза выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Рассматривается проблема ожирения как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе гипертонической болезни. Анализируется процентное соотношение лиц, имеющих артериальную гипертензию на фоне избыточной массы тела. Делаются выводы о необходимости срочного обращения к соответствующим специалистам для лечения.

Abstract: In this article, the results of the study of the relationship between BMI and arterial hypertension in subjects aged 18-26 years are analyzed. It is argued that the probability of developing hypertension in middle-aged people with an overweight is 2 times higher than in individuals with normal body weight. The problem of obesity as a risk factor for the development of cardiovascular diseases, including hypertension, is considered. The percentage of persons who have arterial hypertension on the background of excessive body weight is analyzed. Conclusions are drawn about the need to urgently appeal to the appropriate specialists for treatment.

Ключевые слова: ожирение, взаимосвязь, артериальная гипертензия, лица молодого возраста

Keywords: obesity, interrelation, arterial hypertension, young people

Актуальность нашего исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 30% жителей планеты страдают ожирением, что составляет около 250 млн человек. Необходимо понимать, что ожирение - это не только избыточный объем жировой ткани, но и сложный комплекс метаболических нарушений во всем организме. На сегодняшний день ожирение *считается новой неинфекционной «эпидемией XXI века»*. [1,2]. Избыточная масса тела в настоящее время рассматривается как независимый фактор риска, т. к. часто ведет к увеличению риска сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Вероятность развития артериальной гипертензии у лиц среднего возраста с избыточной массой тела в 2 раза выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Фрамингемское исследование показало, что систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД) возрастают с повышением индекса массы тела (ИМТ= вес [кг]/ рост [м]²). На каждые лишние 4,5 кг САД повышается на 4,4 мм рт. ст. у мужчин и на 4,2 у женщин. [4].

В последние годы отмечается постоянное увеличение числа лиц с избыточной массой тела, особенно среди трудоспособного населения, поэтому проблема ожирения является одной из актуальных проблем медицины.

В течении долгого времени многие исследователи, практикующие врачи интересовались проблемой гипертонической болезни и артериальной гипертензии в большинстве у больных

старшего и пожилого возраста, в то время как артериальная гипертензия у лиц молодого оставалась не раскрыта. Хотя эта проблема тоже актуальна в современном мире, т.к. с каждым годом растет доля тучных людей среди молодого поколения. Ученые из Университетского колледжа Лондона провели исследование и выяснили, что около 20% юношей и 25% девушек, рожденных после 1990 года, страдают ожирением или лишним весом с 10-летнего возраста. В 1940-х и 1970-х годах этот показатель составлял 7% и 11% соответственно.

Ученые заявили, что чем дольше у человека присутствует лишний вес, тем выше риск появления таких заболеваний как ишемическая болезнь сердца, артрит, гипертония и сахарный диабет 2 типа.

Цель нашего исследования - изучение наличия связи между показателями массы тела и артериальной гипертензии в группе лиц молодого возраста, страдающих избыточной массой тела и ожирением.

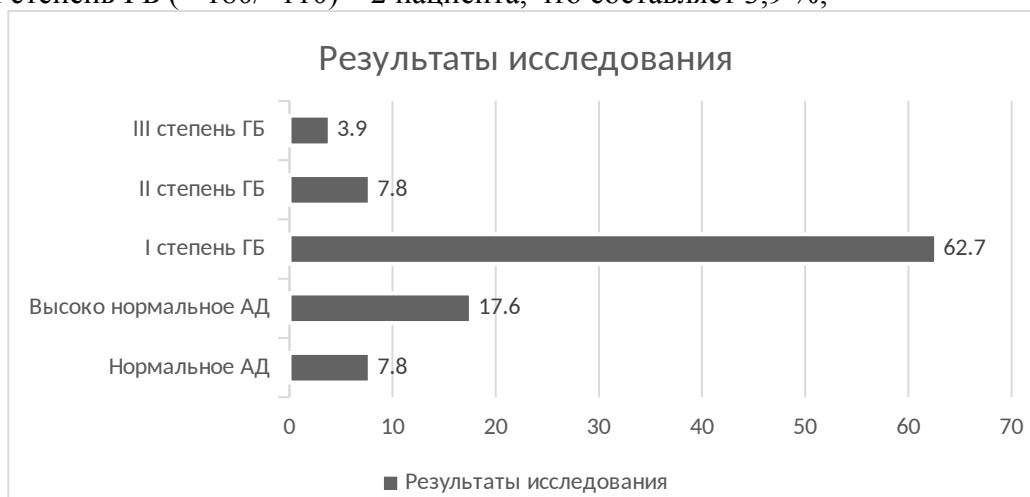
Задачи: 1) изучить показатели ИМТ у лиц возраста 18-26 лет;
2) отобрать молодых людей с избыточной массой тела и ожирением;
3) исследовать взаимосвязь между избыточной массой тела и развитием артериальной гипертензии;

Для достижения поставленной цели и решения сформулированных задач в работе было исследовано 534 человека в возрасте 18-26 лет (средний возраст – 21,7). Для отбора людей с избыточной массой тела проводили антропометрические измерения - рост и массу тела и вычисляли у всех индекс массы тела по формуле Кетле: вес(кг)/рост² (м). Из 534 пациентов 51 оказались с избыточной массой тела, что составляет примерно 9,5 %.

Далее мы исследовали только 51 отобранных пациентов. В ходе исследования мы изучали показатели артериального давления молодых людей. Для этого попросили их регистрировать в течение недели показатели своего артериального давления. Следующим этапом был подсчет среднего артериального давления у каждого пациента.

Результаты исследования:

1. Нормальное АД (120-129/80-84) – 4 пациента, что составляет 7,9 %;
2. Высоко нормальное АД (130-139/85-89) – 9 пациентов, что составляет 17,6 %;
3. I степень ГБ (140-159/90-99) – 32 пациентов, что составляет 62,7 %;
4. II степень ГБ (160-179/100-109) – 4 пациента, что составляет 7,9 %;
5. III степень ГБ (>180/>110) – 2 пациента, что составляет 3,9 %;



Вывод: В ходе нашего исследования мы выяснили, что зависимость между показателями индекса массы тела и артериального давления действительно существует. Из всех 51 пациентов имеют нормальное артериальное давление только 4 человека- 7,9%. Остальные же 47 человек – 92,1% имеют повышенные цифры артериального давления. Это очень высокий показатель. Все знают, что последствия высокого давления опасны своими осложнениями. В первую очередь страдает сосудистая система, за ней следует сердечная мышца, головной мозг, почки и зрение. Последствия самые разнообразные: почечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, ишемический инсульт, стенокардия, инсульт, инфаркт миокарда, гипертонический криз.

Самое печальное, что возраст пациентов нашего исследования- 18-26 лет. Это совсем молодые люди. Поэтому им уже сейчас необходимо обратиться к врачу-эндокринологу и врачу-кардиологу

для лечения ожирения и артериальной гипертензии.

Библиографический список:

1. National Task Force on Obesity. Overweight, obesity, and health risk. Arch Intern Med 2000; 160: 898-904.
2. Аметов А.С. Ожирение эпидемия XXI века. Тер архив 2002; № 10: 57.
3. Eskin R.H., Krauss R.M. American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. Circulation 1998; 97: 2099-2100.
4. Китайское исследование. Результаты самого масштабного исследования связи питания и здоровья / Колин Кэмпбелл, Томас Кэмпбелл ; пер. с англ. Валентины Уразаевой. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. — 528 с.

Попова Наталья Митрофановна
Rorova Natalya Mitrofanovna

Д.м.н. профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

E-mail: kafedra-ozz@mail.ru

Кирьянов Николай Александрович
Kiryayov Nikolay Alexandrovich

Д.м.н. профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

E-mail: kirnik@list.ru

Семеновых Елизавета Александровна
Semenovykh Elizaveta Alexandrovna

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

E-mail: odin_kot@list.ru

Андреева Анна Михайловна

Andreeva Anna Mikhailovna

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

E-mail: andreanna411@gmail.com

Плюхин Сергей Викторович

Plukhin Sergey Viktorovich

Заочный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

E-mail: kafedra-ozz@mail.ru

УДК 616

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РОЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

IMPROVEMENT OF QUALITY OF DELIVERY OF HEALTH CARE: ROLE OF PATHOANATOMICAL SERVICE

Аннотация: Врач любой специальности сталкивается в своей деятельности с патологоанатомами. Именно они подтверждают диагноз, установленный врачом, с помощью гистологического исследования, а также, непосредственно проводят анализ летальных исходов. В данной работе представлен анализ расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по данным патологоанатомического бюро.

Abstract: The doctor of any specialty faces in the activity pathologists. They confirm the diagnosis established by the doctor by means of a histologic research and also, carry directly out the analysis of lethal outcomes. In this work the analysis of divergences of clinical and pathoanatomical diagnoses according to pathoanatomical bureau is submitted.

Ключевые слова: клинический диагноз; патологоанатомический диагноз; сопоставление диагнозов; категория расхождения диагнозов.

Key words: clinical diagnosis; pathoanatomical diagnosis; comparison of diagnoses; category of a divergence of diagnoses.

Введение. Анализ летальных исходов составляет важнейший раздел деятельности

патологоанатомов. Одним из элементов такого анализа является сопоставление заключительного клинического (записанного на титульном листе карты стационарного больного) и патологоанатомического диагнозов. В том случае, если все нозологические формы, патологические состояния в рубриках основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний совпадают, говорят о совпадении клинического и патологоанатомического диагнозов. В обратном случае фиксируют расхождение диагнозов. Конечной целью сопоставления диагнозов оказывается оценка качества диагностики в стационарах независимо от мнения и влияния медицинской администрации, а также способствует комплексному разбору случаев расхождения диагнозов на клиничко-патологоанатомических конференциях. Главными задачами таких обсуждений являются выявление не распознанных при жизни заболеваний или не распознанных своевременно, а также влияние дефектов прижизненной диагностики в летальном исходе заболевания.

В случаях расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов устанавливается категория диагностической ошибки:

I категория расхождения диагнозов - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данной медицинской организации установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей.

II категория расхождения диагнозов - в данной медицинской организации правильный диагноз был возможен, однако заболевание не распознано в связи с объективными или субъективными причинами, при этом ошибка диагностики существенно не повлияла на судьбу больного.

III категория расхождения диагнозов - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов и их структуру по данным БУЗ УР «Республиканское патологоанатомическое бюро» МЗ УР за 2016 год.

Материалы и методы. Проведена выкопировка данных из протоколов вскрытий и журнала расхождений диагнозов за 2016 год в БУЗ УР «РПАБ» МЗ УР. Методом сопоставления проведен анализ расхождений диагнозов. Определена наиболее частая клинически не диагностируемая нозологическая единица.

Полученные результаты. Всего за 2016 год в БУЗ УР «Республиканское патологоанатомическое бюро МЗ УР» проведено 1200 вскрытий. Согласно полученным нами данным, зарегистрировано 87 случаев расхождений диагнозов, что составляет 7,25% от всех вскрытий. Этот результат можно расценивать как более низкий, чем в среднем по России. В разные годы частота расхождений между клиническим и патологоанатомическим диагнозами в медицинских организациях России составляла в среднем 12,3 — 13,4% с тенденцией к её снижению.

Распределение расхождений диагнозов по категориям в нашем материале следующее: 1-я категория – 51,7%, 2-я категория – 36,8%, 3-я категория – 1,1%. В подавляющем числе случаев расхождения диагнозов имели место объективные причины дефектов диагностики, обусловленные кратковременностью пребывания больного (досуточная летальность), а также трудностями комплексного обследования из-за тяжести состояния или наличия сочетанной патологии.

Анализ частоты расхождений диагнозов показал, что расхождения диагнозов чаще зарегистрированы в тех медицинских учреждениях, в которых наблюдается большой поток пациентов с тяжелой патологией. Так, в "Городской клинической больнице №2" г.Ижевск показатель расхождения диагнозов составил 37,9%, в "Первой республиканской клинической больнице" г.Ижевск - 16,1%.

Наиболее часто клиницистами не диагностировались опухоли - 21,8% (рак легкого - 8%, рак печени – 5,7%, рак желудка – 2,3%, раки других органов – 5,8%).

На втором месте по частоте расхождений диагнозов стала группа болезней органов кровообращения - 13,8% (ишемическая болезнь сердца – 5,7%; инсульты – 4,6%; гангрена кишечника атеросклеротического генеза – 3,4%).

Среди других нозологий обращают на себя внимание панкреатит (не обнаружен в 4,6%), хроническая болезнь почек, хроническое заболевание легких (по 2,3% соответственно). В 5,7% не распознан менингит.

Особое место занимают не выявленные при жизни нагноительные заболевания внутренних органов (9,2%), панкреонекроз (4,6%), эмпиема плевры (2,3%), гнойный холангит (2,3%).

Заключение. Согласно статье 48 «Проведение патологоанатомических вскрытий» Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, вскрытие умершего может не проводиться «по религиозным или иным мотивам на основании письменного заявления членов семьи умершего». Применение на практике данной статьи привело к резкому снижению числа вскрытий, что не позволяет гарантировать достоверность статистики причин смертности населения, а значит и статистики расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Результаты проведенного исследования указывают на необходимость совершенствования контроля лечебно-диагностического процесса путем увеличения частоты и качества аутопсий, что позволит увидеть истинную картину причин смертности населения и распространенность расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. Также следует улучшать качество диагностики и систему диспансеризации, что поможет уменьшить количество впервые выявленных при аутопсии опухолей и хронических заболеваний и улучшить качество лечения данных заболеваний.

Библиографический список:

3. Об улучшении контроля за качеством лечебно-диагностического процесса в ЛПУ Удмуртской республики : приказ Минздрава Удмуртской Республики от 16.04.1999 N 96.

4. Пальцев, М.А. Руководство по биопсийно-секционному курсу : методическое пособие / М.А. Пальцев В.Л. Коваленко, Н.М. Аничков — М.: Медицина, 2002. — 256 с.

5. Нефедов, В.П. Структура летальности и частота расхождений между клиническими и патологоанатомическими диагнозами / В.П. Нефедов, А.Р. Абашев, К.М. Абдрашитов, И.Л. Сердюк // Казанский медицинский журнал. – Казань. – 2010. - №4. – С. 538-540.

6. Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10 : методические рекомендации / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, Г.Г. Автандилов — М.: РАМН, 2001. — 142 с.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна» Кемерово
2017