

**VII Международная студенческая электронная научная конференция
«Студенческий научный форум 2015»**

Медицинские науки

**СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Авакян В.М., Серенко Е.О., Газимагомедов А.М., Алиев А.М.
*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия, e-mail: studentstom@rambler.ru*

Важным аспектом жизни любого индивидуума является здоровье [1] и одно из его производных – стоматологическое здоровье. Стоматологическое здоровье отождествляется со способностью органов и тканей зубочелюстной системы на сто процентов осуществлять свои функции в течение продолжительного времени.

До сих пор стоматологическое здоровье населения является объектом многочисленных исследований, так как на данный момент в структуре общей заболеваемости стоматологические заболевания занимают третье место [2,3,4,5]. Стоматологическое здоровье беременных женщин характеризуется высокой распространенностью кариеса зубов, поражений тканей пародонта, неудовлетворительным уровнем гигиенического состояния полости рта [6,7,8,9]. Состояние здоровья беременных влияет на антенатальные процессы минерализации эмали молочных зубов ребенка, поэтому лечение и профилактика кариеса у беременной женщины является антенатальной профилактикой кариеса зубов будущего ребенка [10].

Нами проведен анализ 47 историй болезни беременных женщин. Результаты анализа показали, что поражаемость кариесом верхней челюсти составила 51,9%, нижней челюсти – 48,1%. Поражаемость кариесом различных групп зубов показал, что наиболее часто у беременных поражались кариесом моляры 54,4% случаев, из них моляры верхней челюсти 29,2%, моляры нижней челюсти 25,2%. Премоляры поражались в 28,7% случаев: 13,4% на верхней челюсти, 15,3% на нижней челюсти. Частота поражения резцов была 16,9%, из них 9,3% на верхней челюсти и 7,6% на нижней челюсти.

Анализ поражаемости кариесом отдельных моляров был следующим. Поражаемость первых моляров составила 29,4% – на нижней челюсти 15,1%, на верхней 14,3%. Второй моляр поражен в 19,2%: 11,2% случаев на верхней челюсти, 8,0% на нижней челюсти. Третий моляр 5,8%, из них на верхней челюсти поражен в 3,7% случаев, на нижней в 2,1%. Следовательно, большое внимание при проведении профилактики кариеса зубов до беременности и во время беременности необходимо уделять молярам верхней и нижней челюсти, особенно первым. А также необходимо проводить профилактическую работу с девушками в школах и учебных заведениях, а также с беременными женщинами при постановке на учет в женской консультации, используя общеизвестные и доступные методы и средства просветительской деятельности.

Список литературы

1. Сызранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 336-337.
2. Афанасьева О.Ю., Малоюков А.В., Максютин И.А., Сербин А.С., Алешанов К.А. Роль и проблемы внедрения медицинских стандартов в стоматологии // Медицинский алфавит. – 2012. – Т. 4, № 19. – С. 3-5.
3. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.
4. Цырюльников А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.

5. Афанасьева О.Ю., Малоюков А.В., Сербин А.С., Денисенко Л.Н., Алешанов К.А. Гарантии и гарантийные обязательства на стоматологическое лечение // Медицинский алфавит. – 2014. – Т. 3, № 13. – С. 57-59.

6. Харитонов М.П., Смирнова А.М. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении хронического катарального гингивита у беременных женщин с тромбофилией // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 46. – С. 7-11.

7. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 68-71.

8. Лепилин А.В., Дубровская М.В. Иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у беременных // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 392-396.

9. Денисенко Л.Н., Данилина Е.В. Оценка состояния пародонта беременных женщин до и после лечения // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – Т. 12, № 10. – С. 496-497.

10. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Волгоградский государственный медицинский университет. – Волгоград, 2007.

**МОНИТОРИНГ БОЛЕЗНЕЙ
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Айткулова М.К., Сапарбекова А.М.,
Орманбаева Р.М., Керимбаева А.М.

*Казахский Национальный Медицинский Университет
им. С.Д. Асфендиярова, ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ»,
Алматы, Республика Казахстан, e-mail: moli_-92@mail.ru*

Здоровье населения Казахстана является ключевым ресурсом развития государства, а показатели здоровья населения – важнейшим критерием развития общества. Из Послания президента РК – «утверждение здорового образа жизни и развитие медицины позволит увеличить продолжительность жизни казахстанцев до 80 лет и выше. Казахстан станет одним из ведущих евразийских центров медицинского туризма. РК должна стать одной из самых безопасных и комфортных для проживания людей стран мира. Мир и стабильность, справедливое правосудие и эффективный правопорядок – это основа развитой страны» [1].

В рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы поставлена задача масштабного скринингового исследования на БСК на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [2]. Скрининг является важной профилактической стратегией, конечной целью которой является снижение распространенности болезней в популяции. Одним из видов мониторинга БСК являются скрининги – раннее выявление заболеваний. Скрининги – профилактические медицинские осмотры здоровых лиц определенного возраста для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях, с целью повышения эффективности лечения и предупреждения развития осложнений. Скрининг включает: антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии); измерение артериального давления, проведение лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от целевой группы.

Ответственность человека в изменении образа жизни, включая адекватную физическую активность, соблюдение сбалансированного питания, контроль за массой тела, артериальным давлением, отказ от употребления табака и алкоголя позволят предупредить развитие заболеваний. Реализация скрининга позво-

лит определить ограниченную когорту населения с имеющимися патологическими признаками (факторами риска) и направить на неё систему диагностических, лечебных и профилактических мероприятий

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости и инвалидности от БСК, что диктует острую необходимость повышения эффективности амбулаторно-поликлинической работы по выявлению БСК. Показатель заболеваемости БСК в динамике с 2007 по 2009 годы на 100 тыс. взрослого населения в Казахстане возрос в 1,1 раза. БСК наносят существенный экономический ущерб и снижают ожидаемую продолжительность жизни [3,4].

Цель исследования – анализ эффективности и качества мониторинга пациентов с БСК на догоспитальном уровне в условиях ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ» города Алматы.

Материал и методы

Исследование проведено на базе ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ». Согласно приказу РК № 145 от 16.03.2011г. проводились скрининговые осмотры целевых групп взрослого населения на БСК в возрасте 18, 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет (не состоящих на «Д» учете по поводу артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС)) [5]. Пациентам проводилось определение уровня холестерина и глюкозы крови; электрокардиография по показаниям; осмотр кардиолога, эндокринолога – по показаниям (рисунок 1).

В поликлинике произведен мониторинг острого коронарного синдрома (ОКС) за 2014 год. У 6 пациен-

тов зафиксированы явления острого коронарного синдрома – у 1 женщины и 2 мужчин. Проанализировано количество и структура обращений в разрезе медицинских организаций за 2014 год в ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ». Количество прикрепленного населения всего – 34896 человек. Сделано посещений всего 102338, в.т.ч на дому – 7789, структура посещений по заболеваемости – 22311, по поводу диспансеризации – 15327, по поводу профосмотров – 3770, по поводу прививок – 2620, по поводу медико-социальных проблем – 171. Из общего числа посещений: посещения к узким специалистам – 13982, по направлению организаций ПМСП – 2927.

Мониторинг острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) за 2014 год показал, что в ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ» зарегистрировано 10 пациентов с этим диагнозом. Из них все состоят на диспансерном учете и госпитализированы. Данные мониторинга нестабильной стенокардии (НС) указывают, что всего нуждалось в оперативном лечении – 24 пациента, из них произведено стентирование 8 пациентам. У 30 пациентов отмечалось ухудшение течения заболевания, выявленное при скрининге – у 4 больных, при обращении – у 44. Госпитализированы 22 пациента. Тромболитическая терапия проводилась на догоспитальном этапе 22 пациентам. По данным мониторинга БСК на амбулаторном уровне выявлено 1115 больных.

Результаты исследования

За последний год отмечается тенденция к увеличению охвата скринингом пациентов в целом по поликлинике (рисунок 2).

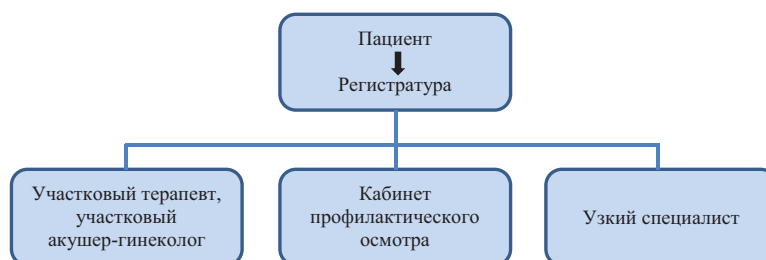


Рис. 1. Алгоритм проведения профилактического осмотра по раннему выявлению болезней кровообращения

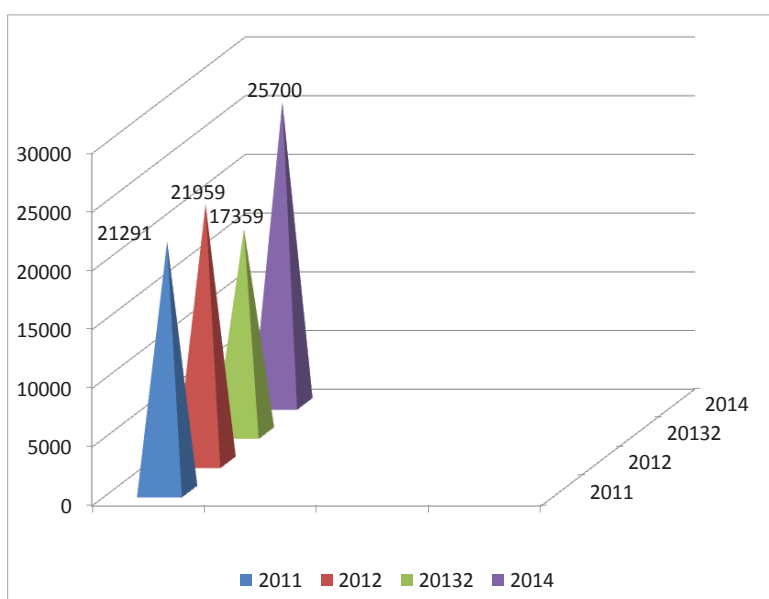


Рис. 2. Охват скрининговыми осмотрами

По данным профилактического медицинского осмотра путем скрининговых обследований пациентов в возрасте 16-64 лет на БСК в 2012 году было обследовано 7157 пациентов. Из них здоровы – 5536 человек. Из поведенческих факторов риска (ФР) преобладали курение – у 393 пациентов (24,2%), низкая физическая активность – у 111 (6,8%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 4 человек (0,25%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 1223 человек (75,4%), гиперлипидемия – у 9 пациентов (0,6%). Наследственность была отягощена в меньшем количестве случаев – у 8 человек (0,49%). Гипергликемия встречалась реже – у 2-х пациентов (в 0,12%).

В 2013 г. было обследовано гораздо больше пациентов – 8482. Из них здоровы – 6390 человек. Из поведенческих ФР преобладали ожирение – у 1872 человек (89,5%), низкая физическая активность – у 495 (23,7%), курение – у 311 пациентов (14,7%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 16 человек (0,76%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 930 человек (44,5%), отягощенная наследственность была у 35 пациентов (1,67%). Такие факторы, как гиперлипидемия и гипергликемия не встречались.

В 2014 г. было обследовано меньше пациентов – 6271. Из них здоровы 4742 человек. Из поведенческих ФР преобладали ожирение – у 1766 человек (96,5%), низкая физическая активность – у 87 (4,8%), курение – у 82 пациентов (4,5%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 4 человек (0,2%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 294 человек (16%), отягощенная наследственность была у 26 пациентов (1,4%). Такие факторы, как гиперлипидемия и гипергликемия встречались с меньшей частотой (в 1,6 и 0,13% соответственно).

После этого больные были направлены на консервативное медикаментозное лечение в условиях дневного стационара поликлиники. В последующем эти пациенты наблюдались 1 раз в 1 месяц первые 3 месяца, затем 1 раз в 3 месяца.

В структуре БСК преобладала хроническая патология сердечно-сосудистой системы, такая как АГ, ИБС, аритмии сердца, хроническая сердечная недостаточность. ОКС выявлялся больше при обращении пациентов, нежели при проведении скрининга на БСК.

Выводы. Таким образом, отмечается рост выявления БСК с преобладанием пациентов пожилого возраста. У лиц пожилого возраста из модифицируемых факторов риска преобладают курение, повышенная масса тела и артериальная гипертензия, среди немодифицируемых – возраст. Данные ФР являются трудно корригируемыми у лиц пожилого возраста, т.к. влияние этих факторов увеличивается с возрастом.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что скрининговые исследования позволяют выявить в основном хроническую патологию сердечно-сосудистой системы на ранних стадиях. В связи с этим четкая организация обследования пациентов с использованием доступного высокоинформативного диагностического оборудования позволит повысить эффективность и качество раннего выявления, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с БСК.

Необходимым фактором для успешной реабилитации пациентов с хронической патологией сердечно-сосудистой системы является разработка мер первичной и вторичной профилактики развития БСК. Кроме того, постоянное мониторирование БСК на догоспитальном этапе позволит уменьшить развитие осложнений с улучшением прогноза заболевания.

Список литературы

1. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 17 января 2014 г.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011 – 2015 годы «Саламатты Қазақстан» № 1113 от 29.11.2009 г. – Интернет-ресурс: www.medinfo.kz.
3. Сагындыкова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения // CONSILIUM MEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. – С. 94-95.
4. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – С. 60-65.
5. Приказ МЗ РК № 145 от 16.03.2011. «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения». – Интернет-ресурс: www.medinfo.kz.

БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Аль канани Э.С., Клочков А.А., Клочкова Д.В.

*Белгородский Государственный Национальный
Исследовательский Университет,
Медицинский Институт,*

*ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа», Белгород, Россия,
e-mail: sensey170187@mail.ru*

Актуальность проблемы

В последние годы в билиарной хирургии все большее значение стало приобретать эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков как основного метода восстановления оттока желчи у больных с крупным холедохолитиазом [1]. Частота стентирования при лечении крупного холедохолитиаза может достигать от 5% до 20%. При этом авторы указывают, что транспапиллярное стентирование является высокоэффективным малотравматичным методом лечения механической желтухи различного генеза [2]. Функция эндопротеза у таких больных заключается не только в восстановлении оттока желчи, но и выполнении «каркасной» функции с предотвращением смещения и «вклинения» камня. С этой целью рекомендуется использовать пластиковые стенты с формой дистального и проксимального сегмента типа pig tail, при этом проксимальный сегмент стента должен располагаться выше камня, а дистальный – в ДПК [3]. Вместе с тем, в литературе обсуждается вопрос об эффективности различных по конфигурации и материалам стентов. Остаются неизученными вопросы эффективности применения нитиноловых сетчатых самораскрывающихся стентов с покрытием или без него у больных с крупным холедохолитиазом и пластиковых стентов [4]. У больных старческого возраста с тяжелейшими сопутствующими заболеваниями стентирование является единственным способом ликвидации желтухи, холангита и восстановления желчеотока [5].

Недостатком внутреннего дренирования при холедохолитиазе и прием литолитических препаратов является невозможность контроля положения стента в желчных протоках и своевременной диагностики его обтурации и миграции [6]. Некоторые авторы отмечают, что утверждения об уменьшении размеров конкрементов при стентировании, встречавшиеся в зарубежной литературе, не нашли своего подтверждения, но проведение эндобилиарного стентирования является оправданным паллиативным методом лечения холедохолитиаза у пациентов преклонного возраста и высокого операционного риска [7]. Эндопротезирование также применяется в комплексном этапном эндоскопическом лечении свежих травм и послеоперационных рубцовых стриктур желчных протоков [8].