

Яковлев, 1971; М.Е. Ефимова, 1971; З.Е. Негребова, 1980). В гипероксических условиях повышенный уровень мочевины в ткани печени можно рассматривать не только как защиту от аммиака, от агрессивных форм кислорода, но и как энергостабилизирующий фактор.

#### Список литературы

1. Физиология. Основы и функциональные системы. Под ред. Судакова К.В.; Новосибирск, 2000, 784 с.
2. Статья: Роль печени в обмене веществ: автор неизвестен; М., 2006.
3. Леонов А.Н., Тумановский Ю.М., Ворновский В.А., Крюков В.М. Характеристика гемодинамических реакций адаптации при терминальных состояниях в условиях гипербарической оксигенотерапии, Воронеж, 1991. с. 44-48.
4. Леонов А.Н., Тумановский Ю.М., Ворновский В.А., Крюков В.М. Адаптивные реакции сердечно-сосудистой системы при геморрагическом шоке, Воронеж, 1992, с. 105-107.
5. Леонов А.Н. Влияние гипербарической оксигенации на регионарный кровоток // диагностика и лечение заболеваний внутренних органов: Сб-к науч. тр. Воронежск. мед. ин-та. Воронеж. 1992. С. 120-128.

### ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Токарева Е.А., Хатунцева Ю.А., Макеева А.В.

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, tokareva994@mail.ru*

На протяжении последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте в структуре смертности населения трудоспособного возраста [1]. С каждым годом проблема заболеваемости атеросклерозом растет, это заболевание находится в списке главенствующих причин смерти. Мы можем без сомнения сказать, что атеросклероз – это болезнь цивилизации, болезнь 21 века.

«Всемирная организация здравоохранения» сформулировала данную патологию следующим образом: атеросклероз – это типовой патологический процесс, характеризующийся повреждением интимы артерий и проявляющийся отложением липидов, сложных углеводов, холестерина, элементов крови, кальция и разрастанием соединительной ткани.

Этиология данного патологического процесса разнообразна. Факторами риска развития атеросклероза могут быть: нарушение липидного обмена, нарушение толерантности к глюкозе, избыточный вес, измененное состояние сосудистого эндотелия, наследственность, образ жизни, ряд сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение), а также возраст и пол [2]. Эти факторы могут приводить к прогрессирующему течению заболеваний сердечно-сосудистой системы и её фатальным последствиям.

Известно, что следствием атеросклероза может стать кардиосклероз разной степени выраженности. Если данная патология развивается вследствие прогрессирующего атеросклероза, то это будет атеросклеротический кардиосклероз. Он может стать причиной недостаточности митрального или аортального клапанов, сопровождается приступами стенокардии, а также может привести к развитию хронической аневризмы сердца. Развивается атеросклеротический кардиосклероз, как правило, медленно. Длительное время человек не чувствует никаких изменений. Но когда в сердце появляются значительные участки соединительной ткани, оно начинает хуже сокращаться и увеличивается в размерах, результатом чего и становится сердечная недостаточность. Основные ее проявления – одышка, отеки, учащенное сердцебиение. В тех случаях, когда соединительная ткань поражает проводящую систему сердца, возникает аритмия.

Если кардиосклероз развивается как следствие инфаркта миокарда, то это постинфарктный карди-

осклероз. На участке сердца, который пострадал в результате инфаркта, начинает разрастаться соединительная (замещающая) ткань. Затем наступает стадия формирования рубца. Если человек перенес несколько инфарктов, то рубцов будет много, у них будет разная длина, а распространены они будут по всему сердцу. Поскольку в этой ситуации миокард постепенно утрачивает способность нормально сокращаться, то, как и при атеросклеротическом кардиосклерозе, появляются все симптомы сердечной недостаточности. Кроме того, постинфарктный кардиосклероз может осложняться аневризмой. Разрыв аневризмы сердца – это мгновенный летальный исход. Поэтому при инфаркте миокарда самым важным моментом является соблюдение строжайшего постельного режима. Тогда участки сердца, пострадавшие от инфаркта, хорошо заживают и правильно рубцуются [3].

Именно потому, что патогенез исследуемых патологий многовариантный, а исход заболевания может быть плачевным он привлекает внимание ученых и исследователей со всего мира. Однако, несмотря на значительные успехи медицинской науки, остается открытым вопрос об истинной встречаемости, факторах риска и методах прогнозирования заболеваний миокарда. Следует учитывать также тот факт, что в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы значительное место по-прежнему занимает кардиосклероз – как одна из самых частых причин хронической сердечной недостаточности, во многом обуславливающей ухудшение отдаленного прогноза этой категории больных.

В связи с этим нами была проведена статистическая обработка данных по частоте встречаемости и степени летального исхода постинфарктного и атеросклеротического кардиосклероза, согласно данным кардиологического отделения «Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 8».

Методом случайного отбора были проанализированы амбулаторные карты больных, наблюдавшихся в кардиологическом отделении БСМП № 8 в период с 2010 по 2015 годы.

Согласно полученным данным (таб.) частота встречаемости атеросклерозирующего кардиосклероза превышает частоту постинфарктного кардиосклероза в среднем в 4 раза по результатам пятилетних исследований. Кроме того, выявлено, что в 2013 и 2014 годах количество больных с летальным исходом при атеросклерозирующем кардиосклерозе возросло почти в 3 раза по сравнению с данными 2010 и 2011 года. Также в 2014 году увеличился уровень смертности больных с постинфарктым кардиосклерозом более чем в 3 раза по сравнению с 2010 годом.

Полученные данные свидетельствуют о том, что несмотря на развитие медицины, методов диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы наблюдается увеличение динамики уровня смертности населения от сердечных заболеваний. Необходимо учесть, что подавляющая доля из всех различных болезней сердца в нашей стране принадлежит кардиосклерозу. Очевидно, это может быть связано с возросшей стрессовой нагрузкой на человека и свидетельствует о том, что Россия еще в полной мере не встала на путь эффективной борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что позволило бы ей вступить в новую фазу эпидемиологического перехода.

В связи с этим мы считаем необходимым рекомендовать проводить профилактику кардиосклероза, которая заключается в ликвидации факторов риска возникновения ишемической болезни сердца, нестабильной гиперхолестеринемии, артериальной ги-

пертензии, ожирения, курения, сахарного диабета, гиподинамии. Важным является предотвращение рев-

матизма и заболеваний, способствующих возникновению сердечной недостаточности.

Таблица

Год	Кардиосклероз атеросклеротирующий		Кардиосклероз постинфарктный	
	кол-во больных	из них с летальным исходом	кол-во больных	из них с летальным исходом
2010	87,5 %	1,5 %	12,5 %	1,0 %
2011	79,0 %	1,5 %	21,0 %	3,0 %
2012	80,0 %	3,0 %	20,0 %	2,0 %
2013	80,0 %	5,0 %	20,0 %	1,0 %
2014	72,5 %	4,5 %	27,5 %	3,5 %

Примечание: за 100 % принималось ежегодное количество больных с исследуемыми заболеваниями.

**Список литературы**

1. Кардаков Н.Л. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Российской Федерации за 10 лет (1996-2005 гг.) / Н.Л. Кардаков // Российский кардиологический журнал, 2007. № 3. С. 74-76.

2. Шопин А.Н. Прогнозирование повторного инфаркта миокарда у больных с постинфарктным кардиосклерозом / А.Н. Шопин, Я.Б. Хомаева, Е.Н. Бурдина, Б.В. и др. // Практическая медицина, 2011. №1(48). С. 135-138.

3. Самородская И.В. Сердечно-сосудистая заболеваемость и факторы риска сердечно-сосудистых событий в РФ / И.В. Самородская // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005. № 3. С. 94-101.

**Секция «Актуальные вопросы стоматологии»,  
научный руководитель – Фелькер Е.В.**

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
В СТОМАТОЛОГИИ**

Андрияшин В.Д., Винокур А.В.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск, Россия, viktorviktor1994a@yandex.ru*

Компьютерные технологии могут применяться на всех этапах оказания стоматологической помощи и своевременная подготовка специалистов, в полной мере владеющих такими технологиями, является важным условием широкого внедрения современных информационных технологий во все сферы стоматологии.

**Цель работы:** проанализировать преимущества использования и перспективы применения компьютерных технологий в стоматологии.

На сегодняшний день существуют системы автоматизированного заполнения и ведения различных форм медицинской документации. В этих программах помимо автоматизации работы с документами может присутствовать функция моделирования на экране конкретной клинической ситуации и предлагаемого плана лечения. Разработаны разнообразные внутривидеокамеры. Такие приборы легко подключаются к персональному компьютеру и просты в использовании. Для рентгенологического обследования все чаще используются компьютерные радиовизиографы. Что позволяет минимизировать вредное воздействие рентгеновских лучей и получить более точную информацию. Созданы программы и устройства, анализирующие цветовые показатели тканей зубов, которые помогают объективно определить цвет будущей реставрации. Есть компьютерные программы, позволяющие врачу изучить особенности артикуляционных движений и окклюзионных контактов пациента в анимированном объемном виде на экране монитора. Это – так называемые виртуальные, или 3D артикуляторы. Даже проведение анестезии сегодня может контролировать компьютер. И это только

малая часть. Компьютерные технологии уже давно изменили нашу жизнь. Вопрос в том, до какой степени они смогут изменить стоматологию.

**ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ  
К СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ**

Бобровская К.В., Мисник Ю.В.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск, Россия, juramitsnic@rambler.ru*

Адаптация к съемным пластиночным протезам продолжает оставаться наиболее актуальной проблемой ортопедической стоматологии. В данном вопросе прослеживается взаимосвязь состояния собственно ротовой полости и ее слизистой оболочки с базисом съемного протеза.

**Цель исследования:** выяснение проблем адаптации к пластиночным протезам, жалоб, возникающих во время ношения съемных конструкций и методов их устранения.

На основании исследования было установлено, что процесс привыкания у пациентов с полной адентией протекает быстрее, чем у лиц с частичным отсутствием зубов. Это объясняется тем, что больные с отчасти сохранившимся зубным рядом при акте жевания неравномерно распределяют жевательную нагрузку из-за наличия опоры в виде собственных зубов. Также, адаптация к протезам наиболее интенсивна в ночное время суток, при чтении книг вслух и при употреблении сосательных конфет.

Таким образом, в процессе привыкания к протезам необходимо рекомендовать не снимать протез перед сном, читать вслух, а так же принимать еду, ни в коем случае не снимая протез, если он не доставляет дискомфорта. Для ускорения адаптации больного к протезам большое значение имеют правильная психологическая подготовка и осознание необходимости использования протезов как лечебного средства, направленного на сохранение его здоровья. С этой целью на протяжении всего периода ортопедического