

неправильным расположением зубов, особенно передней группы, ранним стиранием передней группы зубов, рвущих бугров клыков. Намного реже встречаются заболевания не ассоциированные с нарушением окклюзии: наличие вредной привычки прокладывания языка между зубами, наличие аутоиммунных заболеваний, вирусных инфекций, длительное нахождение инородных тел в полости рта (пирсинг губы и языка). В более зрелом возрасте к стоматологу обращаются пациенты с деформациями костных элементов ВНЧС: наличие остеофитов на головке нижней челюсти, на височном бугорке, узуративные изменения суставных поверхностей, увеличение размеров головки нижней челюсти, присутствие «суставных мышц». Эти дефекты чаще связаны с наличием серьезных окклюзионных нарушений, деформаций зубочелюстной системы, прикуса, общими заболеваниями, на фоне которых усугубляются проблемы зубочелюстной системы.

При первичном обращении на приеме у стоматолога важно тщательно собрать анамнез и провести клиническое обследование. Изучить движения нижней челюсти в полости рта для выявления суперконтактов или дефицита твердых тканей зубов. Изучение диагностических моделей – это необходимая мера для выявления нарушений окклюзии с оральной стороны зубных рядов, а также для сравнения точности окклюзии. Анализируя модели челюстей никаких манипуляций совершать нельзя без предварительной подготовки перед гипсовкой в артикулятор. Использование дополнительных современных методов диагностики, таких как аксиография, компьютерная 3D томография, магнитно-резонансная томография, ортопантомография позволяет уточнить и поставить расширенный диагноз в первый же день обращения, что существенно сокращает сроки лечения. Часто приходится прибегать к электромиографии. Комплексное и адекватное обследование позволяет выбрать верный план лечения, которое в некоторых случаях занимает не один месяц и требует от пациента его неукоснительного соблюдения.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Клеткина А.С., Ефремова О.А.
НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее часто встречаемых в клинической практике тахикардий, ее распространенность в общей популяции колеблется от 0,3 до 0,4%. Выявляемость ФП увеличивается с возрастом. Согласно рекомендациям ВНОК и ВНОА 2011г. целями лечения ФП являются уменьшение симптомов и профилактика тяжёлых осложнений. Методы профилактики осложнений, включают: антитромботическую терапию (антагонисты витамина К), контроль частоты желудочковых сокращений: амиодарон, пропafenон, соталол, флекаинид, а также бета-адреноблокаторы. При выраженной дисфункции синусового и атриовентрикулярного узла

рекомендуется имплантация постоянного водителя ритма, также адекватное лечение сопутствующих заболеваний сердца: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона, статины, полиненасыщенные жирные кислоты.

Цель исследования – проанализировать распространенность факторов риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий и пороками сердца и оценить выполнение стандартов и эффективность ведения больных в рутинной врачебной практике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в МБУЗ городская больница №2 г. Белгород.

Полученные результаты. Таким образом, среди обследуемых пациентов с клапанной формой фибрилляции предсердий: 8 (26,7%) мужчин и 22 (73,3 %) женщин в возрасте от 47 до 83 лет. В результате исследования было выявлено, что наиболее часто фибрилляцией предсердий страдают женщины (73,3%) в возрасте старше 65 лет (56,7%). Наиболее часто встречается перманентная – 76,7% тахисистолическая и нормосистолическая (по 46,7%) формы фибрилляции предсердий. Среди выявленных пороков сердца на долю пороков митрального клапана приходится 86,7%. Факторы риска: сердечная недостаточность – у 96,7% пациентов, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца (по 76,7%). Для обследуемых характерны: жалобы на одышку – 76,7%, слабость – 70% и перебои в работе сердца – 36,7%. Объективно: тахикардия (пульс зарегистрирован в пределах от 60 до 140 в мин, в среднем 91 уд/мин) и повышение артериального давления (АД) (в среднем 133/74 мм рт.ст.). По данным эхокардиографии (предоставлена у 25 больных) выражена гипертрофия и дилатация сердца – 88%, снижение фракции сердечного выброса (в пределах 29-55%) у 32% пациентов, по данным электрокардиограммы: гипертрофия миокарда левого желудочка–48%, блокады ножек пучка Гиса – 32,6%, единичная желудочковая экстрасистола 23,3%. По данным коагулограммы высокий риск тромбообразования у 73,3%, при чём международное нормализованное отношение (МНО) определялось у 6 больных: повышено у 50% (1,3- 2,0). Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствуют, что больше половины пациентов с фибрилляцией предсердий и с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений имеют абсолютные показания к применению антикоагулянтной терапии. С целью медикаментозного лечения исследуемым назначены: антитромбоцитарные препараты-73,3%, сердечные гликозиды – 43,3%, селективные бета-адреноблокаторы-83,3%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (80%), петлевые диуретики-66,7%, калийсберегающие диуретики-50%. Состояние улучшилось у 97% обследуемых, большинство (80%) пациентов выписано в удовлетворительном состоянии.

Выводы. В результате исследования было выявлено, что факторами риска тромбоэмболических осложнений фибрилляции предсердий являются: женский пол, возраст – старше 65 лет, в анамнезе: пороки митрального клапана, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь

сердца. В целом терапия оказалась эффективной, однако согласно рекомендациям, препаратами выбора являются антагонисты витамина К, применяемые только у 6,7% больных. Безусловно, ограниченные возможности определения МНО (определено лишь у 20% исследуемых) при приеме варфарина обуславливают сложности в подборе дозы препарата, и решить эту проблему можно только при условии доступности метода или появления на рынке новых антикоагулянтов, которые доказали свою эффективность при ФП и не требуют лабораторного контроля.

СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ФАКТОРОВ РОСТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ПАРАМЕТРЫ РИГИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ

Князева Л.А., Мещерина Н.С., Безгин А.В., Гришина О.В., Понкратов В.И.
ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет
Минздрава России, г. Курск

Целью настоящего исследования явилось изучение связи между уровнем факторов роста и параметрами жесткости артериального русла у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Обследовано 36 больных серопозитивным по IgM РФ вариантом РА длительностью менее 2 лет в возрасте $46,1 \pm 5,2$ лет. Диагноз ревматоидного артрита устанавливался в соответствии с критериями EULAR, 2010. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц в возрасте $42,5 \pm 6,4$ лет. Содержание в сыворотке крови ТФР- $\beta 1$ и ВЭФР-А определяли методом иммуноферментного анализа. Исследование параметров жесткости сосудистой стенки оценивали с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» и программного комплекса BPLab (Россия). Статистическая обработка проведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0 for Windows.

Результаты исследования. Определено повышение в сыворотке крови больных с развернутой стадией РА концентрации ТФР- $\beta 1$ на 41,3% ($p < 0,05$) и васкулоэндотелиального фактора роста-А (ВЭФР-А) более чем в 3,2 раза ($p < 0,05$) в сравнении с показателями группы контроля. Оценка упруго-эластических свойств сосудистой стенки показала, что у всех обследованных больных имело место снижение в сравнении с контролем времени распространения пульсовой волны (РТТ) – на 14,1% ($p < 0,05$); увеличение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) – на 12,8% ($p < 0,05$), индекса ригидности (ASI) – на 24,2% ($p < 0,05$) и индекса аугментации (AIx) – на 36,1% ($p < 0,05$). Установлены прямые корреляционные связи между ТФР- $\beta 1$ и индексом AIx ($r = 0,58$, $p < 0,05$), ВЭФР-А и СРПВ ($r = 0,62$, $p < 0,05$).

Выводы: у больных с развернутой стадией серопозитивного по IgM РФ РА содержание в сыворотке крови ТФР- $\beta 1$, ВЭФР-А коррелирует с повышением жесткости сосудистого русла (увеличением индексов AIx, ASI, СРПВ).