АНОМАЛЬНЫЕ БЕЛКИ, ФЕРМЕНТЫ – РЕЗУЛЬТАТ БЕЛКОВОЙ ИНЖЕНЕРИИ

Зимин Ю.В., Соловьева А.Г., Уланова А.А.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Нижний Новгород, e-mail: yuzimin@mail.ru

Появление при патологических процессах в клетках организма новых «аномальных» белков, которые плохо поддаются деградации путем внутриклеточного протеолиза это один из возможных путей образования амилоида в клетке (молекулярные болезни накопления). Молекулярные болезни накопления «аномальных» белков, их внутриклеточная полимеризация тесным образом связана с явлением патологической белковой инженерии. В результате образуются новые, не свойственные клеткам данного организма белки. В частности, патологические изменения естественного белковой инженерии может являться одной из форм молекулярной патологии клеток организма при дегенеративных заболеваниях внутренних органов.

Возникновение «аномальных» молекулярных форм ферментов в клетке также может возникать в результате патологической белковой инженерии. Это особые формы аномальных энзимопатии, связанные с появлением совершенно новых молекулярных форм ферментов, которые не свойственны в физиологических условиях конкретной клетке организма. Следует отметить, что энзимопатии в клетке могут быть, как минимум трех основных видов:

1. Энзимопатии, связанные с уменьшением определенного количества конкретных молекулярных форм фермента.
2. Энзимопатии, связанные с увеличением определенного количества конкретных молекулярных форм фермента.
3. Энзимопатии, связанные с появлением аномальных молекулярных форм фермента.

Предполагается, что термическая травма является одним из триггеров, запускающих образование аномальных белков и молекулярных форм ферментов, которые играют важную роль в патогенезе ожоговой болезни.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СПАСТИЧЕСКОГО ПАРЕЗА У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ДВИЖЕНИЙ

Королев А.А., Суслова Г.А.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru

У постинсультных больных с расстройствами движений синдром спастического пареза (синдром центрального пареза, синдром верхнего мотонейрона) включает симптомы выпадения («отрицательные», «минус-симптомы») и симптомы функциональной перестройки («положительные», «плюс-симптомы»).

К «минус-симптомам» относятся: мышечная слабость, в выраженных случаях приводящая к ограничению объема движений в паретичных конечностях вплоть до полной их неподвижности (плегия, паралич), в легких случаях – к неловкости и быстрой утомляемости; атрофия мышц, чаще в дистальных отделах руки, реже дельтовидной мышцы, выраженная не резко, встречающаяся у около 10% больных с центральным парезом, развивающаяся в первые 2-3 месяца и в дальнейшем, как правило, не прогрессирующая, морфологически – простая атрофия.

К «плюс-симптомам» относятся: повышение мышечного тонуса по спастическому типу (спастичность) в паретичных конечностях (однако почти у трети больных в остром периоде наблюдается гипотония мышц, сохраняющая у 5% и в более поздние сроки; мышечные спазмы; спастическая дистония; повышение сухожильных и периостальных рефлексов; патологические рефлексы сгибательного (Россолимо) и разгибательного (Бабинского) типа; клонусы; защитные рефлексы; патологические синкинезии; контрактуры.

Феноменология синдрома центрального пареза во многом зависит от локализации очага поражения. При преимущественном поражении первичной двигательной коры (поле 4 по Бродману) наблюдается так называемый «моторный» синдром (по Е.В. Шмидту), для которого характерно лишь легкое повышение тонуса (а иногда гипотония), преобладание патологических реф-

лексов разгибательного типа (рефлекс Бабинского) и умеренное повышение сухожильных рефлексов. При преимущественном поражении премоторной коры наблюдается «премоторной» пирамидный синдром, для которого характерны резкая спастичность, выраженная гиперрефлексия, патологические рефлексы сгибательного типа (Россолимо), клонусы. При локализации очага в области заднего бедра внутренней капсулы отмечается синдром три «геми», включающий гемипарез (как правило, грубый с преобладанием двигательных нарушений в дистальных отделах или гемиплегия), гемианестезия и гемианопсия.

По мере удаления очага от заднего бедра внутренней капсулы выраженность двигательных нарушений уменьшается. Для локализации очага в белом веществе центральных извилин в бассейне васкуляризации средней мозговой артерии характерен средней выраженности или умеренный гемипарез с преобладанием двигательных нарушений в дистальных отделах конечностей и в руке больше, чем в ноге. Для очагов в бассейне васкуляризации передней мозговой артерии характерен другой тип распределения двигательных расстройств: преобладание нарушений в дистальном отделе ноги и проксимальном отделе руки. Похожий тип распределения двигательных нарушений может встречаться при небольших очагах в среднем отделе заднего бедра внутренней капсулы или в белом веществе внутренней капсулы, где проходят пути преимущественно для нижней конечности и проксимального отдела руки.

При локализации очага в стволе головного мозга и при лакунарных инфарктах, отсутствуют четкие закономерности в распределении двигательных нарушений.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОБРАЗОВАНИЮ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ – ОСНОВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ

Маланьин И.В., Дмитриенко И.А., Донских Е.Ю., Кульпинова О.А.

Кубанский медицинский институт, Краснодар,
e-mail: malanin-dent@mail.ru

Стоматологический персонал является важным звеном в системе лечебно-профилактической стоматологической помощи населению. От качества подготовки врачей-стоматологов зависит стоматологическое здоровье населения. Поэтому на протяжении длительной истории развития стоматологии в мире также постоянно совершенствовалась система подготовки врачей-стоматологов.

На кафедре терапевтической стоматологии в процессе обучения постепенно внедряется новый подход комплексного стоматологического обследования пациента, обоснование и составление плана профилактики и лечения и ведение пациента одним студентом до полного излечения. Такой подход к обучению направлен на воспитание будущего врача-стоматолога общей практики (дженерал-дантиста), а не узконаправленного специалиста. По сложившейся в России ситуации в отношении стоматологического здоровья населения, наиболее перспективным направлением в стоматологическом образовании является подготовка врачей-стоматологов общего профиля и постепенное уменьшение пропорции узких специалистов, которых в настоящее время большинство. Данные мероприятия в подготовке персонала обоснованы наблюдаемыми тенденциями заболеваемости. То есть при лечении больных узкими специалистами интенсивность кариеса зубов и заболеваний периодонта увеличивается, а значит возрастает обращаемость к квалифицированным специалистам за оказанием сложных видов стоматологической помощи. Следовательно, *спрос* на сложные виды стоматологической помощи рождает *предложение* подготовки соответствующих специалистов. Также осуществление систематического профилактического лечения по типу плановой санации возможно дженерал-дантистом – профилактические мероприятия, лечение ранних стадий болезней. При таком подходе заболеваемость населения и количество осложнений будут постепенно уменьшаться.

ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА СИНТЕТИЧЕСКИХ МОЮЩИХ СРЕДСТВ

Махонько М.Н., Шелехова Т.В., Шкробова Н.В.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов,
e-mail: marphed @ yandex.ru

В производстве синтетических моющих средств (СМС) заняты тысячи работающих,