тральному С2-С3 спондилодезу с мононосегментарной эндофиксацией шейной пластиной, выполняемых из правостороннего субмандибулярного доступа в условиях умеренной тракции шейного отдела позвоночника по оси.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств позволяет достичь оптимальных показателей результатов лечения больных с травматическими повреждениями верхнешейного отдела позвоночника.

ЭКСПРЕССИЯ CD3 В ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Барсук А.В., Славинский А.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, e-mail: hasehem@rambler.ru

На клеточной поверхности и альфа-бета и гамма-дельта антиген распознающие рецепторы Т-клеток располагаются непосредственно рядом с полипептидным комплексом, имеющим групповое название CD3 . CD3-антигенный комплекс состоит из 5 полипептидных цепей (гамма, дельта, эпсилон, зета и эта), ковалентно связанных с Т-клеточным рецептором (TCR). CD3 антиген является высокоспецифичным маркером Т-лимфоцитов: на других клетках он не обнаружен, за исключением, возможно, клеток Пуркинье в мозжечке.

Цель настоящего исследования – определить характер экспрессии иммуногистохимического маркера Т-лимфоцитов ткани поджелудочной железы в динамике развития острого панкреатита. Были исследованы гистологические препараты тканей поджелудочной железы у 40 пациентов, умерших в различные сроки развития острого панкреатита (от 1 до 40 суток). Больные были разделены на 4 группы в зависимости от срока развития острого панкреатита: I группа (10 человек) – 1–3 сутки заболевания, II группа (10 человек) – от 4 до 6 суток, III группа (10 человек) – от 7 до 9 суток, IV группа (10 человека) – от 9 до 20 суток. Контрольная группа составила 10 пациентов без воспалительного процесса в поджелудочной железе, скоропостижно умерших от мозговых инсультов. Возраст больных варьировал от 24 до 72 лет, лиц контрольной группы – от 25 до 63 лет. Применяли иммунопероксидазный метод с использованием первичных антител к CD3 (clone PS-1). Среднее количество клеток, экспрессирующих иммуногистохимические маркеры, оценивали в 10 полях зрения (увеличение ×400).

При иммуногистохимическом исследовании, в контрольной группе количество клеток, экспрессирующих CD3 составило $0,08 \pm 0,28$. В 1–3 сутки острого панкреатита, среднее количество клеток, экспрессирующих CD3 составило $0,31 \pm 048$, что в 4 раза больше контрольной группы ($p < 0,05$). На 4–6 сутки количество клеток, экспрессирующих CD3 увеличилось в полтора раза и составило $0,46 \pm 0,52$ ($p < 0,01$). На 7–9 сутки болезни выявлено уменьшение количества этих клеток в 0,8 раз до значений $0,38 \pm 0,51$. 10–16 сутки от начала заболевания характеризовались дальнейшим незначительным увеличением количества клеток, экспрессирующих CD3 до $0,31 \pm 0,48$ ($p < 0,5$).

Полученные результаты могут свидетельствовать о наибольшей напряженности приобретенного клеточного иммунного ответа в первые шесть суток развития острого панкреатита, что проявляется существенным увеличением (в четыре раза) количества Т-лимфоцитов в воспалительном инфильтрате тканей поджелудочной железы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У МАЛОИМУЩИХ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. УФА

Булгакова А.И., Валеев И.В., Дюмеев Р.М., Валиуллина Л.Б.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, e-mail: Stomatolog-dinara@list.ru

Дефекты зубных рядов относятся к наиболее распространенным заболеваниям зубочелюстной системы. Потребность в зубном протезировании среди граждан 65 лет и старше по Республике Башкортостан составила 66%.

Актуальность исследования. Дефекты зубных рядов наряду с кариозными поражениями зубов и воспалительными заболеваниями пародонта относятся к наиболее распространенным заболеваниям зубочелюстной системы, которые приводят к тяжелым последствиям для организма в целом, что позволяет отнести их не только к медицинским, но и к социальным проблемам [5, 9]. Процесс потери зубов приводит к постепенной потере жевательной эффективности, поэтому выбору методики устранения дефектов зубного ряда и своевременному лечению следует уделять большое внимание [1, 3]. Чаще всего пациенты жалуются на эстетический дефект и боль, что оказывает негативное влияние на психоэмоциональный статус и качество жизни пациента [4, 6, 8]. Кроме того, большинство пациентов с вторичной адентией являются лицами пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, что повышает риск возникновения других заболеваний полости рта [1, 2]. Поэтому своевременное замещение дефектов является важной задачей при лечении вторичных адентий.

По результатам второго национального эпидемиологического стоматологического обследо-

вания населения Российской Федерации, организованного Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации с использованием критериев Всемирной организации здравоохранения, потребность в зубном протезировании среди граждан 65 лет и старше по Республике Башкортостан составила 66%.

В республике Башкортостан проживают 25815 малоимущих граждан пожилого возраста (женщины старше 58 лет, мужчины старше 63 лет), получающих социальную доплату к пенсии, предусмотренную Федеральным законом «О государственной социальной помощи», и 2370 матерей, имеющих 5 и более несовершеннолетних детей. На сегодняшний день предлагается большой выбор конструкций для замещения зубного ряда. Тем не менее, эта проблема остается актуальной [7, 9]. Так как в пожилом возрасте при большом проценте потери жевательной эффективности выбор ортопедических конструкций ограничен, эффективность использования предложенных методов не всегда высокая, или они слишком дорогостоящие, поиск возможных мер для улучшения положения определенной категории граждан является актуальным. В связи с этим в 2012 году стартовала Республиканская целевая программа от 18 июля 2011 года № 241 «Предоставление мер социальной поддержки по зубопротезированию отдельным категориям граждан в Республике Башкортостан» на 2012–2014 годы.

Целью программы явилась реализация государственной политики в области социальной защиты малоимущих граждан пожилого возраста и матерей, имеющих 5 и более несовершеннолетних детей; формирование правовых, социально-экономических условий для осуществления мер по улучшению положения указанных категорий граждан и повышению степени их социальной защищенности. Задачами программы было содействие улучшению здоровья и самочувствия граждан пожилого возраста и матерей, имеющих 5 и более несовершеннолетних детей, посредством предоставления мер социальной поддержки по зубопротезированию.

Целью нашего исследования явилось изучение нуждаемости в комплексном обследовании и лечении малоимущих лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе муниципальных стоматологических поликлиник города Уфы. Для изучения данной группы мы выбрали 44 малоимущих пациента пожилого возраста (женщины старше 58 лет, мужчины старше 63 лет), получающих социальную доплату к пенсии. Мы провели первый клинический блок исследования. Клинический блок включал классическую схему обследования: сбор анамнеза, опрос, клинический осмотр с определением гигиенических индексов, дополнительные методы исследования. При сборе анамнеза мы использовали разработанную нами анкету.

Для статистической обработки полученных результатов были использованы пакеты прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0 в среде MS Windows.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного клинического исследования малоимущих лиц пожилого возраста мы получили следующие данные. В заболеваемости данной категории лиц превалировала вторичная частичная адентия, которая составила 84,09%, а вторичная полная адентия составила 15,91%. При этом средний возраст пациентов составил 63,4 года, при этом у женщин 64.66 года, а возраст мужчин составил 67,25 лет (таблица).

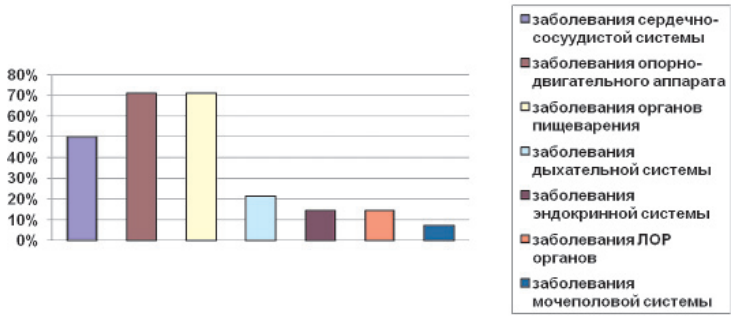
Заболеваемость малоимущих пациентов в зависимости от возраста и пола, абс.(%).

Возраст	50–59 лет		60–69 лет		70 и более		Итого
Диагноз	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	
Вторичная частичная адентия	9(20,45)	–	22(50)	2(4,54)	4(9,09)	–	37(84,09)
Вторичная полная адентия	–	–	4(9,09)	2(4,54)	2(4,54)	1(2,27)	9(15,91)
итого	9		26	4	6	1	44

Исходя из наших исследований, мы выяснили, что половина(50%) пациентов были в возрастной группе 60–69 лет.

Результаты исследования показывают, что 100% пациентов имеют общесоматические заболевания. У большинства пациентов одновременно встречалась 2–3 сопутствующие патологии. Превалировали заболевания опорно-двигательного аппарата –71%, патология сердечнососудистой системы – 50%, заболевания эндокринной системы – 35% (рисунок).

Выводы. Таким образом, на основании полученных результатов мы определили, что распространенность вторичной частичной адентии, которая составила 84,09%, а вторичной полной адентии составила 15,91%. Средний возраст пациентов составил 63,4 года, из них у женщин – 64,66 года, а у мужчин – 67,25 лет. Выявлено, что 100% пациентов имеют заболевания других органов и систем, среди которых превалирует заболевания сердечнососудистой системы – 50%. Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод, что группа малоимущих пациентов, являясь менее социально защищенной, нуждается в дальнейшем клинико-социологическом обследовании и комплексном лечении с учетом определённых льгот.



Встречаемость сопутствующей патологии, у пациентов с вторичной адентией зубов

Список литература

1. Алимский А.В. Обеспечение ортодонтической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов // Стоматология для всех. – 2001. – № 1. – С. 31.

2. Алимский А.В., Вусатый В.С., Прикулс В.Ф. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии // Рос. Стоматологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 38–40.

3. Апресян Г.Н. Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи населения пожилого и старческого возраста и особенности ее оказания в условиях бесплатного (льготного) зубного протезирования: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.

4. Борисова Е., Ершова М. Последствия полной и частичной адентии у пожилых // Врач. – 2001. – № 7. – С. 32–33.

5. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология. – 2000. – Т.79, № 5. – С. 10–13.

6. Прокудин И.Н. Организация стоматологической помощи и потребность в ортопедическом лечении городского населения: автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2007.

7. Филатова Е.В., Козырева И.И. Результаты обследования лиц пожилого возраста с полной потерей зубов, обратившихся для повторного протезирования // Кубан. науч. мед. вестн. – 1998. – № 5/6. – С. 57–58.

8. Christensen G.J. Providing oral care for the aging patient // J. Amer. Dent. Ass. – 2007. – Vol. 138, № 2. – P. 239–242.

9. Maupome G., Gullion C.M., White B.A., Wyatt C.C., Williams P.M. Oral disorders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions // Spec. Care Dentist. – 2003. – Vol.23, № 6. – P. 199–208.

ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОГО РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ КИСТИ

Варганов Е.В., Балахнин А.Б.

Центр хирургии кисти, Челябинск,
e-mail: varganovdoc@rambler.ru

Актуальность настоящего исследования определяется всё возрастающим числом пациентов с опухолями костей кисти, сложностью и длительностью их лечения, большой частотой послеоперационных дефектов тканей, высокими показателями инвалидности и летальности, необходимостью новых конструктивных решений проблемы лечения пациентов с данной патологией.

Целью работы явилось доказательство целесообразности проведения первичных реконструктивно-восстановительных органосохраняющих оперативных вмешательств у пациентов с опухолевыми поражениями костей кисти.

Материалы и методы исследования. На базе отделения травматологии и хирургии кисти МБУЗ ГКБ № 5 (Центр хирургии кисти города Челябинска) в период 1992–2012 гг. пролечено 358 больных с первичными опухолями костей кисти. Первичные реконструктивно-восстановительные вмешательства проведены у 356 пациентов с опухолевыми поражениями.

Диагностика опухолей костей кисти проводилась общеклиническими и специальными методами исследования. Одним из доступных и информативных методов диагностики является рентгенография. При необходимости производили рентгеновские снимки в дополнительных проекциях, а также томографию. При опухолевых поражениях также эффективными являются ультрасонография, компьютерная томография, радио-нуклидная диагностика. Тем не менее, вопрос о степени злокачественности опухоли решается при помощи гистологического исследования препарата удаленной опухоли.

При сберегательном виде оперативного вмешательства для соблюдения принципов футлярности опухоль удаляется широко вместе с окружающими ее тканями. Подавляющее число хирургических операций заключается в широком иссечении опухоли с окружающими ее мышцами, жировой клетчаткой и фасциями. С целью достижения положительного результата оперативного пособия необходимо соблюдение основных принципов абластики:

1) применять общее обезболивание или высокую проводниковую анестезию, так как местная ифильтрационная анестезия несет в себе угрозу проталкивания опухолевых клеток в межтканевые щели и сосуды; кроме того, местная анестезия ограничивает действия хирурга при иссечении, суживает границы оперативного вмешательства; она не позволяет также провести тщательную и глубокую (широкую) ревизию и поэтому иссечение опухоли может оказаться заведомо нерадикальным;

2) при иссечении опухолей кисти целесообразно предварительно наложить жгут, так как, работая «в сухой ране» хирург может лучше ориентироваться в анатомо-топографических отношениях опухоли с окружающими тканями