

ратная корреляционная связь скорости появления тромбопластина и потенциальной кинетической активности тромбоцитов (+0,94), фактической кинетической активности тромбоцитов (+0,9), с общим холестерином тромбоцитарной (+0,96) и бестромбоцитарной (+0,97) плазмы, уровнем липопротеидов низкой плотности бестромбоцитарной плазмы (+0,97). Напротив, обнаруживалась сильная прямая корреляционная связь скорости появления тромбопластина и антикинетической активности эритроцитов (+0,98), содержанием сиаловой кислоты в бестромбоцитарной плазме (+0,98). При дальнейшем анализе корреляционных взаимоотношений показателей гемостаза в момент гипертонического криза была обнаружена сильная прямая корреляционная связь скорости полимеризации фибрин-мономеров с потенциальной кинетической активностью тромбоцитов (+0,97), фактической кинетической активностью тромбоцитов (+0,93), уровнем липопротеидов низкой плотности в бестромбоцитарной плазме (+0,9), абсолютным количеством моноцитов (+0,99) и палочкоядерных нейтрофилов (+0,93) периферической крови. Обратная сильная корреляционная связь скорости полимеризации мономеров фибрина была выявлена с антикинетической активностью эритроцитов (-0,99).

Выявилась сильная положительная корреляционная связь константы k , характеризующей эластичность кровяного сгустка (E) с антикинетической активностью эритроцитов (+0,94), диаметром артериол конъюнктивы в момент криза (+0,99), сильная обратная связь с диаметром венул (-0,92), абсолютным количеством моноцитов периферической крови (-0,95).

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОСТАЗА, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНЬЮ ВТОРОЙ СТАДИИ, ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ, ГРУПП ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА, РАНЕЕ НЕОДНОКРАТНО ПЕРЕНОСИВШИХ НАРТИЙ- ОБЪЁМ-ЗАВИСИМЫЕ ГИПЕРТОНические КРИЗЫ

**Карлина Н.В., Воробьёв В.Б.,
Шендерова В.В., Гречко Г.В.,
Белов В.Г.**

Нами было обследовано 90 больных гипертонической болезнью второй стадии, третьей степени, групп высокого и очень высокого риска. В качестве контроля обследовано 20 практически здоровых лиц. Опытная и контрольная группа были сопоставимы по возрасту.

Для исследования гемостаза использовалась приоритетная методика дифференцированной коагулографии, опубликованная Воробьёвым В.Б. в 2004 году и модифицированная им же в 2006 году.

Кроме этого исследовались биохимические показатели тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазмы, абсолютное количество различных популяций клеток белой крови в капиллярной крови, проводилась бульбарная микроскопия сосудов конъюнктивы.

В результате проведенных исследований мы обнаружили практически двухкратное ускорение первых двух фаз свертывания крови. Данный процесс был в первую очередь обусловлен увеличением образования активных молекул тромбина в 5,06 раза.

За счёт вышеуказанных реакций процессы полимеризации фибрин-мономерных молекул протекали в 5,2 раз активнее, чем у практически здоровых людей.

Избыточное появление в циркулирующей крови свободных тромбиновых молекул приводило почти к трёхкратному усилению и, одновременно с этим, ускорению процессов полимеризации фибриновых молекул.

Кроме того, за счет наличия такого огромного количества агрессивных молекул тромбина, коагуляционная активность сгустка превышала физиологический уровень в 7,5 раз.

При исследовании особенностей гемо-

стаза у больных гипертонической болезнью 2 стадии, ранее неоднократно переносивших гипертонические кризы натрий-объем-зависимого типа, нами была обнаружена сильная обратная корреляционная связь между скоростью полимеризации мономеров фибрина при свёртывании цельной крови и потенциальной кинетической активностью тромбоцитов (ПКАТ) — коэффициент корреляции (-0,98); фактической кинетической активностью тромбоцитов (ФКАТ) — коэффициент корреляции (-0,9), антикинетической активностью эритроцитов — коэффициент корреляции (-0,99).

Прослеживается аналогичное взаимоотношение между скоростью полимеризации фибрин-мономеров и уровнем кальция в бестромбоцитарной плазме (-0,92).

Сильная прямая корреляционная связь обнаружена у этого показателя так же с уровнем общего холестерина в бестромбоцитарной плазме (+0,975), уровнем общего холестерина в тромбоцитарной плазме (+0,98), с абсолютным количеством эозинофилов в периферической крови (+0,936), абсолютным количеством моноцитов (+0,943).

Анализируя корреляционные взаимоотношения показателей тромбоэластограммы с другими показателями, мы обнаружили сильную обратную корреляционную связь между константой использования протромбина тромбопластином при свёртывании цельной крови и потенциальной кинетической активностью тромбоцитов (-0,917); фактической кинетической активностью тромбоцитов (-0,912); антикинетической активностью эритроцитов (-0,96), уровнем общего кальция в бестромбоцитарной плазме (-0,97).

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Максюков С.Ю.

*ГОУ ВПО «Ростовский
государственный медицинский
университет Росздрава»,
Ростов-на-Дону, Россия*

Один из путей повышения качества стоматологической ортопедической помощи связан с внедрением активных вызовов больных по телефону силами медперсонала лечебного учреждения, где больному оказывали ортопедические услуги. Активные вызовы больных в критические сроки для развития осложнений протезирования зубов приведут к своевременно-

му лечению и экономии средств медицинских учреждений и больных в перспективе. Кроме того, у больных после протезирования должна быть возможность консультирования по телефону через диспетчера с врачом-стоматологом. Эту организационную меру можно обозначить как «Стомат-телефон». Телефоны консультативной помощи сегодня стали настоящими атрибутами цивилизации. Существуют телефоны доверия для подростков с психологическими проблемами, для людей, страдающих наркоманией, астмой, во многих странах работают телефоны для желающих бросить курить. Проект «Астма-телефон», внедренный в практику врачей-пульмонологов помог больным из удаленных населенных пунктов проконсультироваться по проблемам и своевременно получить помощь в лечении, не выходя из дома. Безусловно, внедрение «Стомат-телефона» должно проводиться за счет средств учреждений либо благотворительных акций, как это было при организации «Астма-телефона». Однако, существование «Астма-телефона» в течение десятка лет по всем крупным городам России показало, что эта мера экономически быстро окупается, ввиду того, что сокращается количество неотложных госпитализаций больных и происходит профилактика осложнений за счет своевременной коррекции лечения.

При организации «Стомат-телефон» необходимо:

- организовать систему активных вызовов больных после протезирования зубов для профилактических осмотров;

- организовать диспетчерскую службу для принятия заявки на телефонную консультацию с врачом-стоматологом с документированием сущности вопроса;

- осуществить телефонную консультацию больного врачом для принятия своевременных организационных мер.

По нашим наблюдениям многие осложнения протезирования возможно было бы предотвратить при своевременном вмешательстве, что можно обеспечить внедрением в практику «Стомат-телефона».