

ентов с нормальным уровнем нейтрофильных гранулоцитов, а также при нейтропении.

Цель исследования: изучить внутриклеточное содержание медиаторов нейтрофилов при развитии ОРДС на фоне гриппозной пневмонии.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 36 больных, с верифицированным диагнозом гриппа А/Н1N1 обоого пола, в возрасте от 19 до 40 лет. Для сравнения исследовались две группы: больные гриппом, осложненным внебольничной полисегментарной пневмонией средней степени тяжести ($n = 20$); 2-ю группу составили больные гриппом, осложненным тяжелой пневмонией, приведшей к развитию ОРДС I-II стадий ($n = 16$). ОРДС диагностировали в соответствии с критериями, рекомендованными Американско-Европейской Согласительной Конференцией. В качестве контроля использовалась кровь доноров соответствующего возраста ($n = 16$). Кровь забирали на 2–5 сутки болезни. Нейтрофильные гранулоциты выделяли на двойном градиенте плотности стерильного фиколл-верографина: 1,077/1,097 г/мл; чистота фракции составляла 92–94%. Клетки разделяли на аликвоты по 10 ± 5 тысяч в 0,2 мл физиологического раствора и путем замораживания-оттаивания из них получали лизаты, в которых определяли искомые вещества. Концентрации медиаторов: α -дефензинов (HNP-3), эластазы и миелопероксидазы (MPO) определяли методом ИФА фирменными наборами по протоколу производителя («Nucult biotech», Нидерланды). При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни, различия считали значимыми при $p \leq 0,05$. Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного (25-й и 75-й перцентили) интервала – указан в скобках.

Результаты исследования. Динамика внутриклеточного содержания медиаторов нейтрофилов в процессе развития заболевания отличалась: количество α -дефензинов и MPO увеличивалось; эластазы, напротив, резко снижались. Самым значительным был прирост HNP-3: при пневмонии их содержание было 3,4 (3,1; 4,1) мкг/мл против 2,5 (2,3; 2,95) мкг/мл у здоровых ($p = 0,001$), а при развитии ОРДС оно увеличивалось, по сравнению с контролем, более чем вдвое – 5,3 (4,5; 6,0) мкг/мл ($p = 0,000$). Уровень MPO также нарастал: у здоровых он составил 88,1 (85,3; 91,1) нг/мл, при пневмонии – 97,4 (90,0; 98,1), $p = 0,013$; при ОРДС – 106,7 (102,6; 118,5) нг/мл, $p = 0,015$. Концентрация внутриклеточной эластазы у здоровых была 35,9 (31,0; 98,7) нг/мл, при гриппозной пневмонии она уменьшалась более чем в 5 раз – 6,3 (4,7; 37,0) нг/мл, а при развитии ОРДС степень ее снижения была еще большей – 2,3 (0; 3,08), $p = 0,001$.

Легочная гемодинамика уникальна, так как здесь сосредоточен основной пул маргиналь-

ных нейтрофилов и их эмиграция идет преимущественно из капилляров, что происходит при неосложненной пневмонии и в большей степени при ОРДС. В свою очередь, именно с адгезией к эндотелию связан феномен гиперактивации нейтрофилов, при котором происходит нерегулируемое высвобождение микробицидных соединений не в фагосому, а в экстраклеточное пространство. Резкое снижение внутриклеточной эластазы, скорее всего, связано с активным выходом фермента из клеток, при этом ее дополнительного синтеза, вероятно, не происходит. Безусловно, при пневмонии и ОРДС из нейтрофильных гранулоцитов также секретуются HNP-3 и MPO, но в клетках происходит дополнительный синтез этих медиаторов, что увеличивает их агрессивные возможности. Скорее всего, этот феномен объясняет случаи развития ОРДС при нормальном уровне лейкоцитов и нейтропении.

Вывод. Развитие пневмонии и ОРДС I-II стадий на фоне гриппа А/Н1N1 сопровождается ростом цитотоксических возможностей нейтрофилов за счет синтеза HNP-3 и MPO, причем при ОРДС эти процессы более выражены.

ЗНАЧЕНИЕ ИСКУССТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Субботина В.Г., Сулковская Л.С.,
Папшицкая Н.Ю., Оленко Е.С., Сушкова Н.В.,
Курбатова Е.Э.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, e-mail: Sersubbotin@rambler.ru

Развитие рыночных отношений в здравоохранении, недостаток финансовых ресурсов на содержание лечебно-профилактических учреждений, требования их рентабельности, переход на новую оплату труда медработников – все это делает актуальной оценку эффективности деятельности врача. В последние годы изменились требования к оформлению истории болезни, что отражает особенности развития и специфику трансформации общества и медицины. По сравнению со значимостью результатов инструментальных исследований история болезни пациента уже кажется субъективной, недостаточно информативной, неполной. Общество больше интересуется и доверяет новым достижениям в медицине. Искусство общения, взаимопонимание пациента и врача, имеющие принципиальное значение, несомненно, предопределяющие успех лечения, сегодня, к сожалению, уходят на второй план. А ведь искусство беседы с больным, анализ его субъективных ощущений были и остаются особо актуальными. Они позволяют в относительно короткое время без применения современных дорогостоящих мето-

дов обследования правильно выстроить линию рационального диагностического поиска. Успех на профессиональном медицинском поприще определяется не столько уровнем специальных знаний, сколько личностными качествами медика, в частности способностью к доверительным взаимоотношениям с пациентом, умением вселить уверенность в успешном исходе лечения и множеством других характерологических особенностей врача. При анализе причин некачественного ведения истории болезни мы пришли к выводу, что чаще всего дело не в недостаточной добросовестности, грамотности, профессионализме врача, а в недостатке времени, в спешке, которая неизбежна в современных условиях работы. Нагрузка на врача осталась прежней, но интенсивность работы резко выросла. Таким образом, по нашим данным, история болезни превратилась в краткую анкету, не отражающую индивидуальность больного, особенностей течения заболевания. В создавшейся ситуации единственным выходом для улучшения качества работы с больным является уменьшение нагрузки на врача, тогда у него появится время выслушать больного, выразить свое сострадание и попытаться ему помочь.

В настоящее время планируется внедрение инновационных дорогостоящих технологий в практическую медицину. Под эти проекты выделены немалые средства. Однако, нам представляется, что создание условий для полноценной работы в клинике не менее важны, чем инновации.

МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Тимачева Т.Б., Шемонаев В.И.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет», Волгоград,
e-mail: tbtimacheva@yandex.ru*

Многие пациенты имеют функциональные нарушения в зубочелюстной системе, приводящие к ее дисфункции. Поэтому при стоматологическом обследовании необходимо проводить постоянный поиск признаков функциональных нарушений. Алгоритм обследования включает следующие разделы:

1. Предварительное обследование: (по «гамбургскому» протоколу – Ahlers M.O., Jakstat H.A., 2000).

1.1. Асимметрично ли открывание рта?

1.2. Открывание рта резко ограниченное или слишком большое?

1.3. Определяются ли внутрисуставные шумы?

1.4. Асинхронен ли окклюзионный звук?

1.5. Болезненная ли пальпация жевательных мышц?

1.6. Травматична ли эксцентрическая окклюзия зубов?

Результат исследования интерпретируется как: функциональная норма; вероятность наличия дисфункции (группа риска); явное наличие дисфункции.

2. Подробное функциональное клиническое обследование зубочелюстной системы: осмотр лица, кефалометрия; проверка подвижности нижней челюсти; пальпация и изометрия мышц; клиническое обследование окклюзии зубных рядов.

2.1. Кефалометрия. Выраженное нарушение симметричности лица может быть причиной или следствием дисфункции зубочелюстной системы.

2.2. Исследование подвижности нижней челюсти позволяет определить мышечные перенапряжения, смещение суставных дисков, девиацию, дефлексию, протрузию нижней челюсти, трансляцию мышечков при протрузии, ретрузионные движения.

2.3. Обследование ВНЧС: дорсальная (дистальная) пальпация ВНЧС; динамический тест компрессии ВНЧС; обследование суставной капсулы и связок, исследование суставных шумов).

2.4. Пальпация и изометрия мышц.

2.5. Клиническое обследование окклюзии: сагиттальное перекрытие резцов – overjet; вертикальное перекрытие резцов – overbite; путь скольжения из центрального соотношения в привычную окклюзию; стабильность привычной окклюзии; контакт передних зубов; отсутствие контакта боковых зубов; недостаточное речевое расстояние; нефизиологические окклюзионные контакты, реакционные тесты; обследование на наличие парафункции.

Таким образом, для эффективного стоматологического лечения необходимо проведение целого комплекса диагностических процедур, направленных на выявление функциональных нарушений.

Список литературы

1. Лебедеко И.Ю. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы: учебное пособие / И.Ю. Лебедеко, С.Д. Арутюнов, М.М. Антоник, А.А. Ступников. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с.

2. Slavicek R. The Masticatory Organ: Functions and Dysfunctions // Klosterneuburg: Gamma Med.-viss. Fortbildung-AG. – 2002. – 544 p.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННИХ КРАСИТЕЛЕЙ ДЛЯ БЕЗМЕТАЛЛОВОЙ КЕРАМИКИ

Тимачева Т.Б., Усова К.С.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: www.kusya1988@mail.ru*

Несмотря на самые современные технологии определения цвета стоматологических ортопедических реставраций, установка готовой