Таблица 4

Симптоматика УЗИ и КТ при МЖ

Симптом	УЗИ (n=6)	КТ (n=6)
Увеличение печени	1 (16,6%)	1 (16,6%)
Расширение ВПП	1 (16,6%)	2 (33,3%)
Расширение холедоха	2 (33,3%)	4 (66,7%)
Увеличение ЖП	0	2 (33,3%)
Утолщение стенки ЖП	4 (66,7%)	5 (83%)
Аномалии ЖП	2 (33,3%)	2 (33,3%)
Множественные камни ЖП	4 (66,7%)	1 (16,6%)
Единичный камень ЖП	0	2 (33,3%)
Увеличение ПЖ	1 (16,6%)	2 (33,3%)

В тех случаях, когда развивается цитолитическая фаза желтухи (n=43), преобладают диффузные изменения эхоплотности поджелудочной железы (все 43 человека), увеличение ее размеров – 41 больной (95,3%), увеличение ее размеров и изменение формы – 28 пациентов (65,1%). Таким образом, клинические признаки поражения паренхиматозных органов у лиц этой группы являются наиболее значимыми.

Утолщение стенки и двойной контур желчного пузыря – 67 больных (50,6%), гнойные очаги около и в самой стенке желчного пузыря или в печени – 12 пациентов (15,9%) при полиорганной стадии механической желтухи встречались часто.

Сравнивая полученные результаты обследования больных первой группы,было сделано заключение о том, что МРТ более точно, чем УЗИ выявляет такие симптомы как увеличение печени (на 53,9% t=4,7; p<0,01), расширение холедоха. Эмпирическая вероятность ошибки при диагностике холедохолитиаза с помощью МРТ на 61,6% ниже, чем при использовании УЗИ. Отмечается, что МРТ обладает наибольшей эффективностью в цитолитическую стадию эндотоксикоза, поскольку гораздо точнее выявляет признаки повреждения паренхиматозных органов (увеличение печени, увеличение поджелудочной железы, расширение Вирсунгова протока). С помощью УЗИ более эффективно выявляется утолщение стенки ЖП (на 19,2%, t=3; p<0,01), наличие конкрементов ЖП (на 11,5% чаще). Специфические симптомы для холестатической (увеличение желчного пузыря) и полиорганной стадии (утолщение стенки желчного пузыря) стадии эндотоксикоза с помощью УЗИ выявляются точнее, чем с помощью МРТ. В целом УЗИ при определении патологических процессов в желчном пузыре предпочтительнее, чем МРТ. В то же время эффективность УЗИ при диагностике холедохолитиаза крайне мала.

Данные, полученные при обследовании больных второй группы (N=6), представлены в таблице 4. Из таблицы видно, что УЗИ определяет наличие конкрементов в желчном пузыре на 16,6% эффективнее, чем КТ. Однако КТ эффективнее при определении увеличения поджелудочной железы на 16,7%. Абсолютная и относительная погрешность определения размера холедоха методом КТ составила 0,08 см и 0,12см соответственно. Выявлен очень высокий уровень корреляции с интраоперационными данными (R=0,942 , p=0,017). Следовательно, самым чувствительным методом для определения диаметрахоледоха является КТ.

Выводы

1. Информативность УЗИ, КТ и МРТ при диагностике механической желтухи неопухолевого генеза зависит не только от причины заболевания, но и от фазы эндотоксикоза.

2. УЗИ является наименее информативным методом исследования. Вероятность выявить холедохолитиаз с помощью УЗИ мала, а точность измерения диаметра холедоха и размера печени ниже, чем при использовании других современных методов. В тоже время УЗИ является наилучшим методом выявления конкрементов желчного пузыря, а также эффективнее других методов определяет наличие воспалительных симптомов в различные стадии заболевания.

3. МРТ самый информативный метод исследования. С помощью него наиболее точно выявляется увеличение печени и наличие холедохолитиаза. МРТ наиболее эффективна в цитолитическую стадию эндотоксикоза, когда страдает гепатоцит.

4. КТ – самый точный неинвазивный метод для измерения диаметрахоледоха. При КТ точнее определяются такие патологические процессы как увеличение желчного пузыря, утолщение стенки желчного пузыря, расширение внутрипеченочных желчных протоков, увеличение поджелудочной железы.

Список литературы

1. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции – успехи и проблемы: сб. тез. 3-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2005. – С. 22-24.

2. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Эминов М.З. и др. // Анналы хирургии. – 2004. – №4. – С. 41-45.

3. Ханевич М.Д., Грабовый А.М. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2005. – №3. – С. 57-61.

4. Дунаевская С.С., Винник Ю.С., Дябкин Е.В. // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – №4. – С. 35-38.

НУЖДАЕМОСТЬ В САНАЦИИ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ-ИНТЕРНАТА САНАТОРНОГО ТИПА

Фурсик Д.И., Фурсик Т.И., Петрова Е.Ю.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
e-mail: defurs@hotmail.com

В рамках мероприятий по диспансеризации, нами были осмотрены 118 учащихся 1-8 классов Государственного образовательного учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении, «Волгоградская школа-интернат «Надежда», относящихся к категориям детей-инвалидов, сирот и находящихся на попечении. Учреждение прикреплено для медицинского обслуживания учащихся к клинико-диагностическому центру, в штате которого отсутствует стоматолог. Нами был выигран тендер на проведение стоматологической диспансеризации контингента учеников.

Всего было обследовано 52 девочки и 66 мальчиков. Оценивалась следующие показатели: распространенность и интенсивность кариеса, нуждаемость в санации и ортодонтическом лечении. Всего 15 детей (12,71%) были здоровы. Первую степень активности кариеса выявили у 38,14% учащихся. Почти у половины учеников интенсивность кариеса была высокой: 29,66% детей имели вторую и 19,49 % – третью степень активности кариеса. В среднем, интенсивность кариеса составила 4,85±2,75 с вариациями от 0 до 14. Наибольшее значение показателя интенсивности кариеса было выявлено у учеников 7 класса – 6±3,67, наименьшее – у учеников 5 класса – 2,9±2,1. Нуждались в санации 85,59% учащихся, при этом всего 60,39% из них были ранее лечены по поводу кариеса и его осложнений. Нуждались в ортодонтическом лечении 59,32% детей, при этом ни один из учащихся не находился на лечении у ортодонта и не получал рекомендаций о необходимости ортодонтического лечения на момент диспансеризации.

Из результатов диспансеризации можно сделать следующие выводы: распространенность кариеса, а также патологии прикуса, у учащихся школы-интерната санаторного типа является высокой. Средняя интенсивность кариеса колеблется в различных классах от 2,9 до 6, при общей нуждаемости в санации 86%, и нуждаемости в ортодонтическом лечении – 59%. Для проведения регулярных мероприятий по санации и ортодонтическому лечению детей, пребывающих в учреждениях санаторного типа, необходимо прикрепление их к детской стоматологической поликлинике.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Целоева Д.М., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: missprincess09@mail.ru

Актуальность

Рассеянный склероз-аутоиммунное хроническое прогрессирующее рецидивирующее заболевание центральной нервной системы, характеризующееся демиелинизацией в белом веществе головного и/или спинного мозга. Возраст в развитии заболевания имеет большое значение. В среднем, в мире страдают рассеянным склерозом больные самого работоспособного возраста с 17 до 47 лет, что составляет более 87% случаев. В Ставропольском крае средний возраст больных 29 лет. Однако, имеются данные раннего и позднего развития дебюта заболевания. Женщины болеют чаще мужчин в соотношении 3:2 соответственно, причем, средний возраст для мужчин 29-32,а для женщин 28-30 лет. Причины возникновения и патогенетические механизмы рассеянного склероза до настоящего времени до конца не изучены, что ставит эту патологию одной из важнейших проблем современной неврологии и требует разработки новых методов диагностики и лечения.

Цель: проанализировать возрастные особенности диагностики и лечения больных с рассеянным склерозом.

Результаты исследования

Диагностика рассеянного склероза основывается на характерных клинических проявлениях, данных анамнеза, а также на результатах МРТ. В связи с тем, что у детей(5-7 лет) клинически рассеянный склероз обычно начинается моносимптомно, диагностика значительно затруднена. У взрослых (45-55 лет) заболевание с самого начала приобретает прогрессирующий характер и имеет вид нарастающей миелопатии. Патогномоничным для молодых больных является симптом Лермитта – появление ощущение прохождения тока по спине и конечностям при наклоне головы кпереди. Основными направлениями лечения являются купирование обострений демиелинизирующего процесса, предупреждение повторных обострений, модулирование течения болезни, максимальная стабилизация процесса и симптоматическое лечение. Лечение детей с рассеянным склерозом проводится по общим принципам, разработанным для взрослых, с учетом особенностей детского возраста.

Вывод

Рассеянным склерозом страдают преимущественно люди молодого возраста. Средний возраст больных составляет в дебюте заболевания 17-47 лет. За последние десятилетия все чаще встречается рассеянный склероз в детском и пожилом возрасте. Возраст занимает особое значение в диагностике и лечении рассеянного склероза.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №1-2. – С. 78-79.
2. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае. – Новосибирск, 1992.
3. Karpov S.M., Pazhigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials in examining the visual analyzer in patiens with multiple sclerosis. Neurology. Neurolopsychiatry. Psychosomatics. 2014.
4. Гузева В.И., Чухловина А.Е. Рассеянный склероз. Диагностика и лечение, СПб., 2007.
5. Панов А.Г. Диагностика рассеянного склероза. 2001.
6. Неврология психиатрия. – 2010. – №7.

МИГАТЕЛЬНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ПАТТЕРН ПРИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ВОСПРИЯТИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Шакурова А.Р., Гришин С.Н., Низамутдинов С.И.

Казанский национальный исследовательский технический университет им. А.Н. Туполева, Казань, Россия, e-mail: veiy@mail.ru

Являясь защитной ориентировочной реакцией, мигательный рефлекс (МР) представляет собой сложный физиологический феномен и составляет неотъемлемую часть сложных поведенческих (поисковых, например) систем. Мигание участвует в регуляции увлажнения глазного яблока, т.е. в вегетативно-трофических процессах орбит, выполняет корригирующие внутрисистемные функции. Электронейромиографическое исследование МР проводится, как правило, для оценки афферентно-эфферентных взаимоотношений в системе тройничный – лицевой нервы, реже – для качественной оценки функции супрасегментарных регулирующих систем. Интерпретация результатов исследований в этом случае основывается на анатомических представлениях о невральных образованиях системы тройничного и лицевого нервов.

Процессы активного восприятия окружающей действительности, выделения из зрительного информационного потока значимых физических явлений, субъективной оценки и запоминания тесно связаны и зависят от состоятельности систем глазодвижения. Например, фиксированный на определенном предмете в течение более 400 мс взор приводит к прекращению зрительного восприятия этого предмета. Испуг сопровождается широко открытыми глазами. Легко представить «прищур» целящегося стрелка. «Утомленные» глаза зажмуривают, снимая неприятные ощущения.