

Государственное бюджетное
образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Южно-Уральский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

(ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России)

The State Budgetary Educational Institution
of Higher Professional Education
«South-Ural State Medical University»
of the Ministry of Health

(SBEI HPE SUSMU MHSD OF RUSSIA)

**Материалы
V международной
(XII итоговой)
научно-практической
конференции
молодых ученых,
посвященной
70-летию ЮУГМУ**

**Materials
of the V international
(XII final) scientific
and practical conference
of young scientists
dedicated
to 70th anniversary
of SUSMU**

Челябинск

2 октября 2014 года

Chelyabinsk

October 2, 2014

УДК 61+57
ББК 51+28
М 45

Редакционная коллегия:

д. м. н. Л. Ф. Телешева
д. м. н. О. С. Абрамовских
к. м. н. Д. В. Богданов
к. м. н. И. Л. Батурина
к. м. н. О. В. Пешиков
к. м. н. А. В. Садырин

Editorial board:

M. D. L. F. Telesheva
M. D. O. S. Abramovskikh
M. C. D. V. Bogdanov
M. C. I. L. Baturina
M. C. O. V. Peshikov
M. C. A. V. Sadirin

Материалы V международной (XII

М 45 итоговой) научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 70-летию ЮУГМУ, г. Челябинск, 2 октября 2014 г. — Челябинск: Издательство Южно-Уральского государственного медицинского университета, 2014. — 198 с.

Materials of the V international (XII final)

scientific and practical conference of young scientists dedicated to 70th anniversary of SUSMU, Chelyabinsk, October 2, 2014. — Chelyabinsk: South-Ural State Medical University Press, 2014. — 198 p.

ISBN 978-5-94507-196-4

В сборнике представлены материалы V международной (XII итоговой) научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 70-летию ЮУГМУ, состоявшейся 2 октября 2014 года. Оргкомитет сохранил отобранные для публикации статьи в авторском исполнении.

УДК 61+57
ББК 51+28

In this chrestomathy are introduced materials of the V international (XII final) scientific and practical conference of young scientists dedicated to 70th anniversary of SUSMU, succeeded on October 2, 2014.

The organizing committee retains articles selected for the publication in the author's performance.

© Коллектив авторов,
2014

© Издательство
Южно-Уральского
государственного
медицинского
университета, 2014

ISBN 978-5-94507-196-4

© Composite authors,
2014

© South-Ural State
Medical University
Press, 2014

полости, выраженные межуточные отеки внутренних органов. Шок смешанной этиологии: инфекционно-токсический и гиповолемический; некронефроз, выраженные дистрофические изменения внутренних органов; полиорганная недостаточность — церебральная, сердечно-сосудистая, дыхательная, почечная, печеночная. Непосредственная причина смерти: Шок смешанной этиологии (инфекционно-токсический, гиповолемический).

Интерес данного клинического случая состоит в том, что у пациентки было диагностировано поражение ЦНС в виде менингоэнцефалита неуточненного генеза, однако данное заболевание не явилось основным звеном танатогенеза, так как при патологоанатомическом исследовании каких-либо значительных изменений в головном мозге выявлено не было. При этом, в стенке толстой кишки выявлено практически тотальное поражение в виде некроза, некробиоза, дистрофии слизистого, подслизистого слоев. Таким образом, по результатам аутопсии был диагностирован псевдомембранозный колит, который и явился причиной развития фатального нарушения гомеостаза и полиорганной недостаточности, приведшей к смерти больной. В данном случае прижизненной диагностике ПМК помешал целый ряд факторов:

- выраженный неврологический дефицит «маскировал» проявление поражения толстого кишечника

- электролитные нарушения, диспротеинемия были расценены как признаки полиорганной недостаточности, а не ПМК

- назначение ванкомицина в/в, который как известно эффективен в отношении *C. difficile*, «смазало» клиническую картину ПМК

- симптомы со стороны ЖКТ (боль в животе, жидкий стул) были объяснены явлениями глубокого дисбиоза у больной, а также энтеропатией критических состояний.

Все вышеперечисленное обуславливает уникальность данного клинического случая и диктует необходимость информирования врачей практического звена здравоохранения о проблеме псевдомембранозного колита, ведь, как известно, при своевременной диагностике ПМК и адекватной противоклостридиозной терапии удастся спасти жизнь больного. Также, следует отметить, что далеко не всегда поражение толстого кишечника *C. difficile* проявляется клинически, что оправдывает целесообразность введения в широкую практику специфических лабораторных методов диагностики ПМК. Необходим рациональный подход к назначению антибактериальных препаратов, четкие критерии их отмены.

Список литературы:

1. Костюкевич, О. И. Антибиотикоассоциированная диарея: мифы и реальность / О. И. Костюкевич // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 17, № 7. — С. 459–463.
2. Хохлова, З. А. Кириллова, Ю. М. Золотухина, Л. Ю. Псевдомембранозный колит в практике инфекциониста / З. А. Хохлова Ю. М. Кириллова Л. Ю. Золотухина // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. — 2010. — № 17. — С. 152–154.
3. Surawicz, C. M. Pseudomembranous colitis: causes and cures / C. M. Surawicz, L. V. McFarland // University of Washington, Seattle, Wash., USA Digestion. — 1999. — Vol. 60, № 2. — P. 91–100.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕ- И ПРОБИОТИКА В ПРОТОКОЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

Полищук Т. В.

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина
Кафедра детской стоматологии ФПО

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕ- ТА ПРОБІОТИКУ В ПРОТОКОЛІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

Поліщук Т. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна
Кафедра дитячої стоматології ФПО

Остаточно не з'ясована клінічна ефективність пробіотиків на основі лактобактерій у поєднанні з лізоцимом у якості пребіотику. Метою дослідження була клінічна оцінка ефективності застосування препаратів «Лацидофіл» та «Лісобакт» у схемі лікування хронічного генералізованого катарального гінгівіту у дітей віком 9–15 років. Вивчення ефективності проводили порівнюючи клінічні індекси

запалення ясен між групами пацієнтів з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом, яким проводили стандартне місцеве лікування і додатково призначали «Лацидофил» та «Лисобакт». Зміни індексів визначали через 14, 30, 90 та 180 ± 5 днів спостереження. Динаміка індексів показала меншу частоту рецидивів ХГКГ при використанні запропонованих препаратів та аналогічну закономірність коливань для інших індексів.

Вопрос эффективного лечения хронического генерализованного катарального гингивита (ХГКГ), распространенного по данным МЗ Украины у 70–80 % у детей 12–15 лет, является актуальным. Среди многочисленных факторов риска ХГКГ, можно активно профессионально влиять, именно на местные: несовершенная гигиена ротовой полости, нелеченый кариес, патология прикуса и т. п. В настоящее время этиологией воспалительных заболеваний пародонта признана пародонтопатогенная микробная зубная бляшка (или микробная биопленка) [6].

В Украине разрабатываются методические рекомендации по применению пре- и пробиотиков, на основе лактобацилл в стоматологии [2]. Безопасные бактерии, которые способны конкурировать с патогенными в составе биопленки, способствуют устранению патогенных без нарушения баланса микрофлоры полости рта [5]. Поэтому коррекция микрофлоры полости рта при хроническом генерализованном катаральном гингивите является важным направлением.

В научной литературе есть много данных об опыте использования лизоцима для ликвидации воспаления и обеспечения микроэкологии при заселении «правильной» микрофлорой [3, 1, 7], что предусматривает пребиотические свойства. Исходя из того, для коррекции микрофлоры наддесневой зубной бляшки при ХГКГ был обоснован выбор пробиотика «Лацидофил®-WM» (Институт Розель Инк., Монреаль, Канада, сертификат государственной регистрации № 531/05–300200000 от 12.10.2005) в сочетании с лизоцимом, в виде препарата «Лисобакт» (Bosnalijek, Босния и Герцеговина, регистрационное удостоверение № UA/2790/01/01 от 30.03.2001).

Целью исследования была клиническая оценка эффективности применения про- и пребиотика («Лацидофил» и «Лисобакт») в схеме лечения хронического генерализованного катарального гингивита у детей возрастом 9–15 лет.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в период с 2009 по 2012 год на базе кафедры последипломного образования врачей-стоматологов ВГУЗУ «УМСА», городской клинической детской стоматологической поликлиники г. Полтава и Научно-исследовательского института генетических и иммунологических основ развития патологии и фармакогенетики Украинской медицинской стоматологической академии, г. Полтава. Перед началом исследования было получено одобрение комиссии по биоэтике Украинской медицинской стоматологической академии.

Изучение эффективности про- и пребиотика при лечении ХГКГ проводили по следующим критериям: 1) обзор полости рта с определением стандартных индексов: гигиенические индексы (ГИ): Федорова-Володкиной (1971) и Silness-Loe (1967), РМА (1960), индекс кровоточивости (ИК) по Мюлеману (1975); 2) изменения клинических индексов в динамике наблюдения после лечения.

С целью дифференциальной диагностики и уравнивания групп клинического исследования также проведено определение индекса КПУ, аномалий прикуса.

Критериями включения у исследования были подписание информированного соглашения и наличие у пациента ХГКГ легкой и средней степеней тяжести, согласно классификации, рекомендованной протоколами предоставления медицинской помощи [4]. Критерии исключения из исследования: 1. Наличие диагностированных тяжелых заболеваний внутренних органов или нейропсихиатрических расстройств. 2. Наличие любых условий, которые определяли неспособность пациента и/или его опекунов понимать природу, сущность и возможные последствия исследования. После протокольных процедур по лечению ХГКГ, которое было одинаковым для всех участников исследования, пациентов рандомизировали на две клинически уравновешенные группы клинического наблюдения.

Первая группа (14 лиц) — пациенты, которые получали традиционную терапию ХГКГ.

Вторая группа (12 лиц) — пациенты, которым проводили такую же терапию ХГКГ, как и пациентам первой группы, но дополнительно, сразу после курса местной терапии, назначали «Лисобакт» и «Лацидофил®-WM».

Группой сравнения (10 лиц) были дети такого же возраста с интактными деснами, состояние которых было подтверждено клиническими обследованиями и индексными оценками.

Пациентов 1-ой и 2-ой групп повторно осматривали через 14 ± 3 дня, 30 ± 5 , 90 ± 5 и 180 ± 5 дней.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ STATISTICA 6.0 for Windows (StatSoft Inc., США). Использовали параметрические и непараметрические методы.

Результаты. Пациенты были рандомизированы на две группы клинического исследования, уравновешенных по возрасту, полу, степенями тяжести гингивита, степенью активности кариеса. По признакам аномалийного прикуса пациентов распределения к группам исследования «попарно». Согласно классификации возрастных периодов по ВОЗ, возраст участников исследования отвечал второму детству и подростковому возрасту, а именно от 9 до 15 лет (средний возраст 13 лет).

Примечательным оказалось, что при сравнении средних значений для групп ГИ Федорова-Володкиной и Silness-Loe при хроническом генерализованом катаральном гингивите и при интактных деснах (табл. 1), не было установлено достоверных отличий. Следовательно, повышение количества зубного налета не единственное условие развития хронического генерализованого катарального гингивита.

Таблица 1

Сравнение средних значений гигиенических индексов при хроническом генерализованом катаральном гингивите и при интактных деснах

Контингент исследования	ГИ Федорова-Володкиной, баллы	ГИ Silness-Loe, баллы
Пациенты с ХГКГ легкой и средней степени	2,82 ± 0,95 2,15 / 3,0	1,59 ± 0,62 1,15 / 2,0
Лица с интактными деснами	2,16 ± 0,85 1,7 / 2,8	0,081 ± 0,57 0,7 / 1,0

Примечание. Приведенные результаты статистической обработки по Ван-дер-Вердену в виде $M \pm \sigma$ — среднее ± стандартное отклонение.

Статистическая обработка по Пирсону показала достоверные корреляционные связи между ИК и ГИ Федорова-Володкиной ($r=0,653$; $p<0,05$), между ИК и ГИ Silness-Loe ($r=0,713$; $p<0,05$) и между ИК и РМА ($r=0,777$; $p<0,05$), что подтверждает взаимовлияние ухудшения гигиены, повышения уровня воспаления десен и увеличение кровоточивости десен при ХГКГ.

Непосредственное клиническое сравнение результатов стандартного местного лечения ХГКГ проводили через 14 ± 3 дней (табл. 2): у всех пациентов зарегистрировано уменьшение ГИ, РМА и ИК, достоверных отличий между группами не выявлено.

Через 30 ± 5 дней наблюдения в 1-й группе ГИ Федорова-Володкиной достоверно не отличался от состояния до лечения ($p=0,1898$). Следовательно, гигиенический эффект стандартного местного лечения ХГКГ частично исчез через приблизительно 1 месяц. Индексы воспаления десен свидетельствовали о ликвидации воспаления у 71,4 % пациентов и 28,6 % пациентов характеризовались повышенным значением индекса воспаления десен РМА и ИК (табл. 2).

Таблица 2

Клиническая характеристика пациентов с хроническим генерализованым катаральным гингивитом легкой и средней степенями тяжести до и после лечения в динамике

Сроки, дни	Первая группа				Вторая группа			
	ГИ Ф.-В.	ГИ S.-L.	РМА, ИК, % пациентов		ГИ Ф.-В.	ГИ S.-L.	РМА, ИК, % пациентов	
			= «0»	> «0»			= «0»	> «0»
До лечения	2,41 ± 0,2	1,78 ± 0,18	100 %	0	2,82 ± 0,27	1,59 ± 0,17	100 %	0
14 ± 3	1,43 ± 0,17 ($p=0,001$)	1,14 ± 0,11 ($p=0,009$)	85,7 %	14,3 %	1,53 ± 0,2 ($p=0,001$)	1,36 ± 0,16	75 %	25 %
30 ± 5	2,01 ± 0,2	1,28 ± 0,13 ($p=0,05$)	71,5 %	28,5 %	2,1 ± 0,22	1,42 ± 0,15	66,7 %	33,3 %
90 ± 5	1,87 ± 0,17 ($p=0,02$)	1,14 ± 0,1 ($p=0,01$)	85,7 %	14,3 %	1,81 ± 0,22 ($p=0,004$)	1,2 ± 0,13 ($p=0,01$)	75 %	25 %
180 ± 5	1,77 ± 0,23 ($p=0,03$)	1,1 ± 0,11 ($p=0,01$)	85,7 %	14,3 %	1,82 ± 0,25 ($p=0,04$)	1,27 ± 0,15 ($p=0,04$)	75 %	25 %

Примечания:

1. ГИ Ф.-В. — ГИ Федорова-Володкиной; ГИ S.-L. — ГИ Silness-Loe.

2. Приведенные результаты статистической обработки по Ван-дер-Вердену в виде $M \pm m$ — среднее ± стандартная ошибка среднего.

3. Подано значение $p < 0,05$, при сравнении ГИ с показателем до лечения.

Во 2-й группе средние ГИ достоверно не отличались от состояния до лечения — результаты свидетельствуют о росте количества зубного налета в течение около двух недель после лечения ХГКГ с использованием предложенных препаратов. Признаки клинического воспаления десен исчезали у большей части пациентов — 75 % лиц, по сравнению с 1-й группой.

Через 90 ± 5 дней наблюдения в 1-й группе отмечены достоверно низшие значения ГИ Федорова-Володкиной, ГИ Silness-Loe, по сравнению со значением до лечения. Средние значения РМА и ИК были снижены, сравнительно с состоянием до лечения: 4,38 и 0,28, соответственно. Но ИК и РМА у 14,3 % пациентов не достигал показателей нормы. Во 2-й группе гигиенический эффект был также стабильно позитивным. Средние значения РМА и ИК через 90 ± 5 дней представляли: 6,17 и 0,25 соответственно. Полного исчезновения воспаления не наблюдалось у 25 % пациентов (табл. 2).

Через 180 ± 5 дней наблюдения у лиц обеих групп достоверно снижались показатели ГИ. По другим клиническим индексам достоверных различий между группами не выявлено.

Клиническая динамика в сравнении между двумя группами показана на рис. 1, где представлена аналогичная закономерность по срокам исследования для всех клинических индексов. Важно, что среднее значение индекса РМА в 2-й группе до лечения превышало таковое в 1-й, но с 14-го дня и до конца исследования имело относительно более стабильные значения, в отличие от колебаний, которые можно отметить в 1-й группе лиц, а именно — повышение среднего значения РМА на 30 ± 5 день (см. рис. 1), который отображает случаи рецидива ХГКГ в 1-й группе.

В ряде случаев ХГКГ был стойким или резистентным к терапии. Это было отражено индексами РМА и ИК, понизившихся в сравнении с состоянием до лечения, но не пришедших к норме (табл. 2). В целом, для обеих групп пациентов в 19,2 % отмечено резистентное к терапии течение ХГКГ. Рецидивное течение ХГКГ зарегистрировано у двух пациентов 1-й группы и у одного — 2-й приблизительно через 1 месяц после лечения. Следовательно, 14,3–28,5 % пациентов 1-й группы и 25–33,3 % 2-й группы, характеризовались резистентным к терапии и/или рецидивным течением ХГКГ. Сравнение этих частот статистически не показало достоверности. Это означает, что процент пациентов с резистентным и рецидивным к терапии течением ХГКГ между двумя группами достоверно не различался в течение всего срока наблюдения.

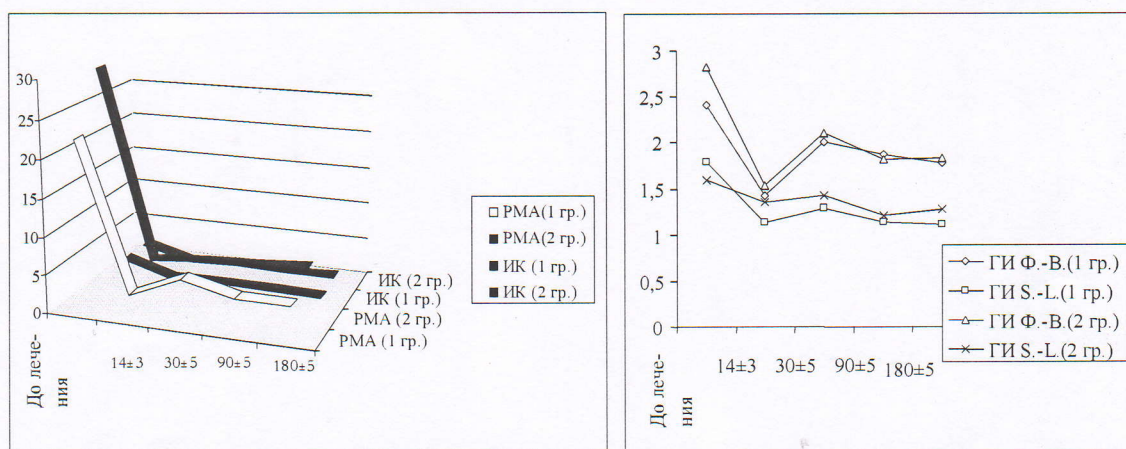


Рис. 1. Динамика средних клинических индексов до лечения и во время наблюдения.

Выводы. 1. Клиническое, применение избранных про- и пробиотика не влияет на детектируемое образование зубного налета. Однако, может улучшать течение ХГКГ в виде относительно более стабильной динамики средних значений РМА, то есть, предупреждая рецидивы ХГКГ.

2. Применение препаратов «Лисобакт» и «Лацидофил» не изменяет сущность патологического процесса при резистентном к терапии и рецидивном течении ХГКГ.

3. Актуальным является разработка методических и диагностических микробиологических подходов для обоснования эффективности использования про- и пребиотических препаратов в стоматологии.

Список литературы:

1. Кузьмина, Э. М. Влияние таблеток «Гексализ» на микрофлору биопленки десневой борозды у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта [Электронный ресурс] / Э. М. Кузьмина,

В. Н. Царев, А. В. Лапатина, Т. Д. Смирнова // DENTALFORUM. — 2007. — № 4 (24). — Режим доступа: <http://medi.ru/Doc/184105.htm>.

2. Непорада, К. С. Застосування пробіотиків у комплексній терапії захворювань тканин пародонту / К. С. Непорада, Т. В. Берегова, Д. С. Янковський та ін. // Метод. рекомендації.-К.: МОЗ України, Український центр науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. — 2010. — 24 с.

3. Левицкий, А. П. Влияние зубного эликсера «Лизомукоид» на биохимические показатели ротовой жидкости у больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта / А. П. Левицкий, В. Н. Почтарь, А. Б. Македон // Вісник стоматології. — 2009. — № 3. — С. 23–27.

4. Протоколи надання медичної допомоги. Стоматологія.-К.: МНІАЦ медичної статистики МВЦ «Медінформ». — 2007. — 236 с.

5. Lang, C. Specific Lactobacillus/Mutans Streptococcus co-aggregation / C. Lang, M. Böttner, C. Holz et al. // J Dent Res. — 2010. — V.89, N2. — P.175–179.

6. Marsh, P. D. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? / P. D. Marsh // Microbiology. — 2003. — V. 149, N2. — P. 279–294

7. Stamatova, I. In vitro evaluation of yoghurt starter lactobacilli and Lactobacillus rhamnosus GG adhesion to saliva-coated surfaces / I. Stamatova, K. Kari, S. Vladimirov, J. H. Meurman // Oral Microbiol Immunol. — 2009. — V. 24, N3. — P. 218–223.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Полякова Д. В.

Научный руководитель: проф., д. м. н., зав.каф. Ящук А. Г., асс. Масленников А. В.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Актуальность. Система гемостаза — одна из основополагающих систем организма, которая обеспечивает функционирование всех органов. Во время беременности происходят компенсаторно-приспособительные изменения в системе гемостаза к гестационному процессу [1]. У беременных имеет место повышенная свертываемость крови, замедленный кровоток и повреждение сосудистой стенки, что и способствует эффективному гемостазу, однако данные физиологические изменения создают фон для срыва адаптационных механизмов при любой критической ситуации во время беременности и родов [4].

Изучению вопросов, касающихся особенностей гемостаза при беременности, посвящено колоссальное количество исследований, проводимых как в России, так и за рубежом, что обусловлено, прежде всего, повышенным риском материнской и перинатальной смерти и инвалидизации новорожденных [2, 3]. Однако в литературе нет единого мнения относительно состояния системы гемостаза во время беременности.

Что касается данных изменений в тромбоцитарном звене гемостаза, то они достаточно разноречивы. Часть исследователей указывают на уменьшение количества тромбоцитов во время беременности и связывают это с увеличением объема циркулирующей крови во время беременности и с потреблением тромбоцитов в маточно-плацентарном кровотоке [5]. Другие авторы изменений количества тромбоцитов во время беременности не выявляют и считают, что снижение тромбоцитов происходит в первые сутки послеродового периода за счет потребления в ходе образования микротромбов после отделения плаценты [6]. По мнению некоторых авторов, адгезивность тромбоцитов возрастает, а агрегационная активность тромбоцитов практически не меняется [1]. Другие исследователи указывают на умеренное повышение агрегационных свойств тромбоцитов [7].

Относительно вторичного звена гемостаза, ряд авторов указывает на активацию процессов коагуляции в третьем триместре при физиологической беременности, что является подготовительным механизмом к родам. Это характеризуется гиперфибриногенемией. Фибриноген является белком острофазового ответа организма на различные воспалительные ответы. Его количество определяет вязкость крови, воздействует на скорость агрегации тромбоцитов. Увеличение уровня фибриногена начинается с 3-го месяца беременности и, не смотря на увеличение объема циркулирующей плазмы, уровень фибриногена в конце беременности увеличивается не менее чем в два раза по сравнению с небеременным состоянием [1, 8]. Коагуляционный потенциал крови возрастает еще в связи с тем, что