

Результаты и их обсуждение. Степень развития зубочелюстной системы можно оценить по количеству прорезавшихся зубов к годовалому возрасту. Из данных анамнеза известно, что прорезывание временных зубов у большинства пациентов, участвующих в данном исследовании, начиналось в значительно более поздние сроки (в 11 – 12 мес.). В то же время, у большинства участников данного исследования постоянные зубы прорезались в положенные сроки, что может объясняться так называемым скачком роста (catch-up growth). Но тем не менее, были и такие пациенты, у которых появление постоянных зубов запаздывало на срок до двух лет. Ортодонтическая патология у пациентов возрастом от 6 до 25 лет была чрезвычайно разнообразной и проявлялась как в виде аномалий формы и количества зубов, так и в виде аномалий прикуса. Аномалии структуры твердых тканей представлены гипоплазией. Гипоплазия постоянных зубов была выявлена у 10 пациентов. По состоянию тканей пародонта всех пациентов от 13 до 25 лет можно разделить на две примерно равные группы. У одной половины пациентов была выявлена скученность зубов; у них были определены высокие показатели гигиенических индексов. У другой половины пациентов десна выглядела тонкой и, часто, бледной; определялась выпуклость зубной дуги, выпуклость корней зубов. У пациентов с тонким фенотипом десны были выявлены средние показатели гигиенических индексов. В возрастной группе от 26 до 45 лет в 100 % случаев (независимо от наличия или отсутствия скученности зубов) зафиксированы воспалительно-дистрофические заболевания тканей пародонта разной степени тяжести.

Выводы. Задержка внутриутробного развития оказывает выраженное влияние на формирование тканей челюстно-лицевой области. Эти нарушения могут лежать о основе патогенеза развития различных патологических состояний. Результаты исследования выявили негативную направленность динамики распространенности стоматологических заболеваний среди пациентов с СЗВУР в анамнезе.

СТЕНОКАРДИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Гехаев А. У., Курбанов С. К., Камытникова Л. А.
НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

В большинстве европейских стран каждый год появляются от 20 000 до 40 000 на 1 млн. населения новых больных стенокардией. Только 40-50% больных стенокардией знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение, тогда как в 50-60% случаев заболевание остается нераспознанным. При опросе, который был проведен среди врачей разных специальностей на вопрос: «Что такое стенокардия?» Около 80% врачей ответили – «Боль». На сегодняшний день существуют четкие диагностические критерия постановки диагноза стенокардии 1) провоцируется физической нагрузкой и эмоциональной нагрузкой при закупорки сосуда более 60%;

2) купируются самостоятельно после прекращения физической нагрузки; 3) характер ощущений – сжимающие, жгучие, пекущие, давящие; 4) локализация – за грудиной (в средней и нижней ее части); 5) продолжительность испытываемых ощущений до 6 минут; 6) иррадиация всегда одновременно с приступом; 7) быстро купируется нитроглицерином за 1-2 мин. При наличии 6 критериев из 7 можно поставить диагноз стенокардия, если больной не принимал и не принимает нитроглицерин, то достаточно 5 критериев из 6. В разных литературных источниках написано, что причиной стенокардии от 90% до 97% является атеросклероз коронарных сосудов.

Цель нашей работы: изучить жалобы и изменение липидного профиля у пациентов со стенокардией напряжения (СН).

Материалы и методы. Всего было обследовано 30 историй болезни у пациентов с диагнозом: ИБС: СН II и III функционального класса (ФК), в возрасте от 47 до 82 лет (12 женщин и 18 мужчин), проходивших лечение в различных отделениях. Мы разделили всех больных на 2 группы. В 1-ю вошли больные с ОХ>4,5 ммоль/л (70%), тогда как во 2-ю группу больных – больные с ОХ<4,5 ммоль/л (30%).

Результаты исследования. Анализ жалоб пациентов, описанных в историях болезни, выявил следующие данные: 1) характер ощущений: 54% описали как давящие, сжимающие, 20% описали как тяжесть в грудной клетке, 16% – чувство «кома» и 9% – ноющие; 2) локализация: 64% – за грудиной, 18% – в левой половине грудной клетки и 16% – в области сердца; 3) провоцируется: физическими и эмоциональными нагрузками у 43% больных, у остальных ничего не было указано; 4) купируется в покое или нитроглицерином – указано было у 57%; 5) продолжительность приступа – указано у 57% больных; 6) иррадиация: 43% – в левую руку, 16% – в левое плечо.

Выявлено, что врачи в 100% случаях описывают характер ощущений и локализацию, а чем провоцируется и купируется приступ, а также продолжительность приступа и иррадиацию описывают только 55% случаев. Под схожим характером ощущений и локализацией могут проявиться и другие заболевания: остеохондроз грудного отдела позвоночника, заболевания пищевода, заболевания грудной клетки, диафрагмальные грыжи, сухой перикардит, миокардиты и многие другие заболевания.

Полный спектр липидов был определен только у 10 больных (33,3%), а у 8 больных были определены общий холестерин (ОХ) и триглицериды, и у 12 больных только ОХ. Проведенное исследование показало, что только 22 пациента получали статины: 15 больных (68,2%) из 1 группы и 7 больных со 2 группы.

Таким образом, нашей работой мы хотели привлечь внимание врачей к более точному описанию жалоб пациентов со стенокардией напряжения и определению полного липидного профиля больных для правильного назначения гиполипидемической терапии. Хороший диагноз – хорошее лечение, нельзя лечить неопознанную болезнь!