

поводу глубокого кариеса. Препарирование зуба проводилось по общепринятой методике под местной анестезией. После медикаментозной обработки полости, высушивания накладывалась кальцийсодержащая лечебная паста лайф. Паста накладывалась только на рог пульпы. Зуб закрывался временной пломбой из дентина. При повторном посещении накладывалась постоянная пломба.

Оценка результатов проводилась на основании субъективных и объективных данных. Ближайшими сроками наблюдений

являются до 1 мес., отдаленными - от 3 месяцев до 1 года.

Результаты и обсуждение:

Таким образом, мы имели возможность анализировать действие кальцийсодержащей пасты на размягченный дентин дна кариозной полости в течение месяца со дня ее наложения. Анализ отдаленных результатов лечения мы провели на 30 зубах у 25 пациентов, явившихся на контрольный осмотр в сроки: 3 месяца - 25 пациентов, 9 месяцев - 19 пациентов, 1 год - 16 пациентов.

Таблица. - Отдаленные результаты лечения глубокого кариеса кальцийсодержащей пастой

Данные обследования	Сроки наблюдения		
	3 мес.	9 мес.	1 год
	Количество зубов	Количество зубов	Количество зубов
Обследовано зубов	30	22	18
Наличие жалоб	-	-	-

Как видно из таблицы, после наложения лечебной прокладки из кальцийсодержащей пасты жалоб на наличие боли в зубе не было. Отдаленные результаты положительные. После такого лечения глубокого кариеса зуб функционирует.

Выводы. Лечение кариеса зависит от выраженности деструктивных процессов в твердых тканях зуба и общего состояния организма.

При использовании кальцийсодержащих паст происходят процессы образования вторичного дентина.

Литература:

1. Козлов В.А. Стоматология. С-Петербург «Спецлит».2003.С.91.
2. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. Алматы. «Стомлит». - 2006г. - С.113.

**РАЗВИТИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ
ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Журавлева Н.П., Шуганова С.Б., Еркибаева А.К., Телеусова С.С., Тугунбаева А.А.

ПФ ГМУ г. Семей, ВА Щербактинского и Качирского районов

По официальной статистике в Республике Казахстан (РК) уже на протяжении более 10 лет первое место по распространенности занимают болезни органов дыхания (БОД), в число которых входят такие заболевания как: пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма (БА) [7]. «Астма» - слово греческого происхождения, оно означает «удушье». В основе БА лежит воспаление

дыхательных путей с изменением реактивности бронхов, проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом, дыхательным дискомфортом. БА сопровождается внелегочными признаками аллергии, эозинофилией в крови и/или наличием эозинофилов в мокроте.

В настоящее время в мире насчитывается более 300 млн. больных БА. От 5 до 10 %

населения различных стран страдают БА разной степени выраженности. Рост заболеваемости астмой связан с ухудшением экологии и возрастанием эндогенной предрасположенности к этому заболеванию [1]. БА сопоставима с такими заболеваниями, как сахарный диабет, тиреотоксикоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [2]. БА сокращает среднюю продолжительность жизни больных мужчин на 6,6 года и женщин на 13,5 лет. К основным факторам, способствующим повышению уровня смертности относятся: гиподиагностика и неправильное лечение астмы [6]. Причина большинства обострений – недостаточная и неадекватная терапия болезни. (Глобальная стратегия по астме -GINA, 2009).

Выделяют три группы факторов, способствующих развитию БА:

1. Предрасполагающие (отягощенная аллергонаследственность).

2. Сенсibiliзирующие (аллергены, инфекции, лекарственные средства).

3. Триггеры, т.е. факторы, вызывающие обострение (аллергены, вирусные инфекции, холодный воздух, табачный дым, стресс, физическая нагрузка, метеофакторы). Источник аллергенов - это домашние животные, цветущие деревья, кустарники, злаковые, лекарственные средства. Аллергия - это генетически обусловленное состояние, при котором в организме в ответ на воздействие аллергенов вырабатываются специфические вещества, в том числе иммуноглобулин E (Ig E). В бронхах аллерген реагирует с Ig E, вызывая возникновение приступа удушья.

Характерные симптомы БА: свистящее дыхание, сухой (непродуктивный) кашель, приступы удушья с чувством "нехватки воздуха", одышка.

БА имеет несколько форм течения:

1. Легкое течение - приступы возникают редко, только после воздействия провоцирующего фактора. Вне приступов больные чувствуют себя хорошо.

2. Течение средней тяжести - без бронходилататоров одышка беспокоит больного ежедневно. Больные по ночам просыпаются ежедневно от удушья, в связи с этим назначают ингаляцию β_2 -адреностимулятора длительного действия.

3. Тяжелое течение - приступы происходят ежедневно, по ночам больной

просыпается от удушья. Несмотря на высокие дозы ингаляционных кортикостероидов, приходится постоянно пользоваться β_2 -адреностимуляторами. Госпитализация показана, если $ОВФ_1 < 30\%$ должного уровня, особенно при тяжелых приступах БА.

Наиболее характерным симптомом бронхиальной астмы является приступ удушья при контакте с каким-либо аллергеном. Во время приступа кожа синюшная, бледная, покрыта потом, вены лица и шеи набухшие. Дыхание шумное, дистанционные хрипы (слышны на расстоянии), свистящие, «музыкальные».

Возможные осложнения: астматическое состояние, дыхательная недостаточность, декомпенсированное легочное сердце, спонтанный пневмоторакс, ателектаз легкого.

Диагностику бронхиальной астмы проводят с помощью анамнеза, спирометрии, пикфлоуметрии, анализа крови на Ig E и G, кожных проб [8].

Лечение бронхиальной астмы преследует следующие цели: установление контроля над проявлениями БА, предупреждение обострения заболевания и развития необратимого компонента обструкции, улучшение качества жизни.

В 2000 году Исполнительный комитет экспертов GINA разработал концепцию новых целей лечения БА и инициировал исследование GOAL (Gaining Optimal Asthma Control – достижение оптимального контроля над астмой) [5]. Помочь в этом может "система зон", адаптированная к цветам светофора.

Зеленая зона – означает благополучие больного, астма находится под контролем. Показатели ПСВ в пределах 80 –100 %, суточная вариабельность (СВ) не выше 20%.

Желтая зона требует повышенного внимания. Отмечается постепенное нарастание астматических симптомов. ПСВ 60-80%, СВ 20-30%.

Красная зона - (сигнал тревоги) характеризуется значительной выраженностью симптомов астмы и их прогрессированием, ПСВ < 60%. Больным следует немедленно применить ингаляции β_2 -агониста короткого действия. Терапию необходимо пересматривать каждые 3-6 месяцев. Пациентам БА необходим постоянный мониторинг симптомов, ПСВ и разработка индивидуального плана действия [9].

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

Цель. Изучение заболеваемости БА у сельских жителей Щербактинского и Качирского районов Павлодарской области за период 2009-2010гг.

Материал и методы. Проанализирована сравнительная динамика частоты выявленных заболеваний органов дыхания и БА за последние 2 года. Изучались статистические данные этих заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения.

Результаты. Изучая полученные данные, отмечено, что в структуре общей заболеваемости среди населения Щербактинского и Качирского районов - больные с БОД составляют 15,5% (3784 человек) в 2009 г. и 13,6% (3254) в 2010 году. Среди всех БОД чаще встречались больные с хроническим бронхитом (11,2%) в 2009 году и 8,3% в 2010 году. На втором месте были больные с хронической обструктивной болезнью органов дыхания (ХОБЛ) – 8,1%. Больные с БА составляли всего 1,88% (71 человек) в 2009 году и 1,42% (46) в 2010 году, что значительно ниже данных по РК. Кроме того, отмечено снижение общей заболеваемости по районам на 2,2%. Число больных с БОД уменьшилось на 14%, в т.ч. с БА на 64,8%.

Выводы. В структуре общей заболеваемости среди населения Щербактинского и Качирского районов - больные с БОД составляли 15,5% в 2009 году

и 13,6% в 2010 году. За последние 2 года снизилась общая заболеваемость по районам на 2,2%, число больных с БОД уменьшилось на 14%. в т.ч. с БА на 64,8%.

Среди жителей районов необходимо улучшить диагностику и выявляемость больных с БА. Обеспечение контроля над течением БА, улучшит проведение первичной и вторичной профилактики БА.

Литература:

1. Болезни органов дыхания. Под ред. Н.Р. Палеева, М.: Медицина, 2000. Т.3. - 384 с.
2. Пульмонология. Клинические рекомендации 2005-2006. Под редакцией Чучалина А.Г.М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С 47.
4. Барнс Н. Современные стратегии терапии для достижения контроля астмы // CONSILIUM medicum, Экстр. выпуск 2009; С. 9-11.
5. Верткин А.Л. Намазова Л.С., Бараташвили В.Л. Ведение больных бронхиальной астмой на догоспитальном этапе // Лечащий Врач 2004; №8: - С. 52 – 56.
6. Испаева Ж.Б. Аллергология в Казахстане: Становление и перспективы развития // Фармация и медицина 2011; №5: С.2-3.
7. Намазова Л.С., Огородова Л.М., Геппе Н.А. и др. Бронхиальная астма // Лечащий Врач 2006; №4. - С.10 -19.
8. Хили П.М., Джекобсон Э.Д. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ» 2007. - 280с.

**РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА
У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Журавлева Н. П., Шуганова С.Б., Телеусова С.С., Еркибаева А.К., Тугунбаева А.А.

ПФ ГМУ, г. Семей, ВА Щербактинского и Качирского районов

Самая ранняя из всех заболеваний инвалидизация, высокая смертность определили сахарный диабет (СД) в качестве первых приоритетов систем здравоохранения всех без исключения стран мира, закрепленных Сент-Винсентской декларацией (1989 г.).

По данным ВОЗ в 1994 г. во всем мире количество больных СД составляло 110 млн. человек, в 2000 г. около 170 млн, в 2008 г.- 220 млн, к 2035 году это число превысит 300 млн человек. [6]. В Казахстане общее число больных СД более 175 тысяч человек, число впервые выявленных составляет более 105