

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

Патологическая стираемость характеризуется преждевременным изнашиванием зуба, прогрессирующим сглаживанием анатомической формы режущих и жевательных поверхностей зубов. Существует определенный антагонизм между кариесом и стираемостью твердых тканей зуба.

Материалы и методы:

Анализ состояния твердых тканей зубов у пожилых пациентов, обратившихся за

стоматологической помощью. Проводился осмотр режущих и жевательных поверхностей с использованием стоматологического зеркала и зонда.

Результаты и обсуждение:

Осмотрено 29 пациентов в возрасте от 55 до 74 лет, из них мужчин- 8 и женщин -21.

Частота повышенной стираемости зубов у осмотренных групп населения (Таблица 1).

Таблица 1. - Частота повышенной стираемости зубов у осмотренных групп населения.

Возрастные группы	Мужчины		Женщины	
	всего	со стираемостью	всего	со стираемостью
55-64	6	3	13	7
65-74	2	1	8	4
всего	8	4	21	11

Анализ показывает, что общая частота повышенной стираемости зубов примерно одинакова у мужчин (50%) и женщин (52%).

Данные о поражаемости зубов кариесом в зависимости от наличия стираемости представлены в следующей таблице 2:

Таблица 2. - Кариес при наличии стираемости твердых тканей зубов

Возрастные группы	мужчины	Женщины
55-64	1	2
65-74	0	0
всего	1	2

Из таблицы видно, что значительно меньшая частота поражаемости кариесом отмечается у лиц с повышенной стираемостью. Это свидетельствует о том, что между двумя процессами имеется определенный антагонизм.

Таким образом, у лиц пожилого возраста с повышенной стираемостью твердых тканей зуба редко встречается кариес зубов, так как, что при стираемости происходят процессы минерализации и образование вторичного дентина.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Нажмиденова А.Б., Кузембаева Д.Д.

КГКП «Поликлиника Павлодарского района»

В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящим к ухудшению качества жизни, инвалидизации и смерти. Это связано с высоким риском прогрессирования НЖБП с развитием неалкогольного

стеатогепатита (НАСГ), печеночной недостаточности и гепатоцеллюлярной карциномы.

Неалкогольная жировая болезнь печени или жировой гепатоз неалкогольного генеза включает в себя стеатоз, стеатогепатит, фиброз и цирроз печени.

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

Стеатоз или жировая инфильтрация печени наиболее распространена.

Стеатоз – патологическое отложение жировых капель вне или внутриклеточно, которое порой бывает причиной развития стеатогепатита (воспалительно некротических изменений гепатоцитов). Распространенность НЖБП в Европе и США от 5-20%, но при этом стеатогепатит диагностируется только в 2-3% случаев. При ожирении НЖБП встречается в 30-100% случаев, по некоторым данным причина здесь кроется в часто встречаемом метаболическом синдроме при ожирении как заболевании. У 30% больных страдающих ожирением, при гистологическом исследовании обнаруживается неалкогольный стеатогепатит, который в 20-25% случаев трансформируется в цирроз печени, и в 10% случаев является причиной смерти. Поэтому в индустриально развитых странах НЖБП является показанием к трансплантации печени.

В России полагают, что из более 2 млн. больных СД 2 типа две трети страдает НЖБП. По данным зарубежных авторов пусковым механизмом НЖБП является инсулинорезистентность, что приводит к накоплению триглицеридов в печени с развитием жирового гепатоза, впоследствии из-за нарушения утилизации и избытка образования свободных жирных кислот (СЖК) поступающих из пищи и синтеза СЖК в гепатоцитах развивается окислительный стресс – это второй пусковой механизм заболевания с развитием стеатогепатита. В соответствии с первым пусковым звеном заболевания, т.е. развитием инсулинорезистентности, что является этиологическим фактором СД 2 типа на фоне уже имеющегося довольно часто синдрома мальабсорбции и нарушением выработки поджелудочной железой липазы, и амилазы; развитием синдрома мальдигестии, в процесс вовлекается печень как вспомогательный орган поджелудочной железе, беря на себя

значительную долю обмена веществ и в связи с перегрузкой тканью печени триглицеридами развивается жировая инфильтрация печени, как начальная стадия НЖБП, с симптомами дискомфорта, в правом подреберье. Участие печени в обмене веществ мала из-за перегрузки триглицеридами, поэтому свою основную функцию, а это участие в гомеостазе, а именно – распределение в организме питательных веществ, витаминов и микроэлементов, гепатоциты выполняют не в полном объеме.

В диагностике НЖБП в начальной стадии ведущее место занимает компьютерная томография, магнитнорезонансная томография, которые позволяют в точности до 100% оценить структуру печени, верифицировать гепатомегалию, косвенно оценить степень стеатоза и зарегистрировать формирование портальной гипертензии.

Но в силу дороговизны вышеизложенных методов диагностики для большой массы населения нашей страны и общества в целом, чаще используется ультразвуковое исследование органов брюшной полости, что оправдано, так как УЗИ дает большую возможность динамического наблюдения за развитием стеатоза у пациента.

Цель работы. Оценить возможности ультразвуковой диагностики для неалкогольной жировой болезни печени в начальной стадии.

Материалы и методы. В течение 3-х лет было проведено ультразвуковое обследование 138 человек разных возрастных групп. Для обследования использовались аппараты Алока 3500 и Fucuda 750.

Результаты. По данным нашего исследования было выявлено 95 человек с жировым гепатозом, из них женщин – 74,7%, мужчин – 25,3%. Наибольший процент заболеваемости стеатозом выявлен в возрастной группе 35 - 60 лет, 55 чел, из них женщин 76,4%, мужчин 23,6%.

Таблица 1.

Возраст (лет)	Женщины	Мужчины
19-34	6	5
35-60	42	13
61 и старше	23	6
Всего	71	24

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

В данной группе пациентов в 100% случаев были выявлены УЗИ-признаки жирового гепатоза, а именно высокая эхогенность печени, дистальное затухание эхосигнала в ряде случаев, грубость структуры печени в сравнении с нормой, обеднение сосудистого рисунка, в 15% случаев спленомегалия и портальная гипертензия.

Во всех возрастных группах было выявлено закругление правого контура печени, в виде выраженной сглаженности и до полуокружности в старших возрастных группах, а именно с 35-лет и выше.

С учетом литературных данных и результатов нашего исследования полагаем,

что признак закругления правого контура печени, в частности правого угла выше 75°, можно считать одним из достоверных фактов диагностики жирового гепатоза, даже на ранних стадиях стеатоза печени.

В процессе работы над данной темой в 50% случаях было выявлено наличие при НЖБП спленомегалии и портальной гипертензии без сопутствующей гепатомегалии, что свидетельствует о снижении качества диагностики диффузных изменений паренхимы печени.

В процессе исследования выявлена группа пациентов в количестве 41 человек разных возрастных групп (таблица 2).

Таблица 2.

Возраст (лет)	Женщины	Мужчины
19-34	8	5
35-60	10	9
61 и старше	3	6
Всего	21	20

Из них женщин 21 (51,2%), мужчин 20(48,8%), с диффузными изменениями структуры печени, а именно огрубление структуры, изменение эхоплотности с тенденцией к повышению и снижению в ряде случаев, со сглаженностью правого нижнего угла печени и с симптомом полуокружности правого угла печени, со спленомегалией и портальной гипертензий, без дистального затухания эхосигнала и высокой эхоплотности печени наиболее характерные жировому гепатозу. Поэтому данная группа была расценена нами, как вовремя не диагностированная группа стеатоза печени,

уже осложненная УЗИ-признаками стеатогепатита с декомпенсацией.

Выводы. Ультразвуковой метод исследования в виду широкого спектра получаемой информации доступности и быстроты выполнения исследования должен применяться первым. Выделение лучевых синдромов позволяет стандартизировать как визуальную оценку лучевых изображений, так и протоколирования их результатов, что облегчает последующую интерпретацию полученных данных и снижает уровень субъективизма в оценке изображений.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Нурмакина С.К.

Поликлиника №1, г. Экибастуз

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - экологически опосредствованное хроническое воспалительное заболевание респираторной системы с преимущественным

поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы; характеризуется развитием сначала частичной обратимой, а в