

лее показаний для госпитализации в ОИТР. При анализе историй 5 больных (25%) ни один из используемых критериев обоснованности госпитализации в ОИТР не был выявлен.

Определенным преимуществом по комплексной оценке тяжести пневмонии и обоснованности госпитализации обладает шкала Fine M.S., в которой учитываются факторы риска возможного летального исхода больных внебольничной пневмонией. В соответствие с суммарной балльной оценкой таких параметров, как возраст, лабораторные анализы, данные физического обследования, наличие сопутствующих заболеваний (около 20 параметров) выделяются 5 классов риска больных внебольничной пневмонией. При этом больные с 1-2 классом риска могут лечиться амбулаторно, с 3 классом – нуждаются в непродолжительной госпитализации, и только больным с 4-5 классом риска необходимо стационарное лечение (включая и ОИТР).

Указанная схема также была использована для оценки обоснованности госпитализации больных с пневмонией в ОИТР. Суммарный подсчет баллов показал, что почти половина больных – 9(45%) имели самый низкий класс риска (1-2), у 3 больных определялся 3 класс риска, и только 8 больных (40%) имели высокую степень риска летального исхода (4-5 класс) и действительно должны были быть госпитализированы в ОИТР. Высокий класс риска (5 класс) определялся и у больной с летальным исходом.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Во многих случаях больные с пневмонией госпитализируются в ОИТР без достаточных оснований.
2. Чаще всего поводом для госпитализации больных в ОИТР являются выраженная одышка, изменения газового состава крови и большой объем рентгенологических изменений.
3. Прогностическая система оценки факторов риска по Fine S.M., достаточно удобна и объективно отражает не только риск летального исхода, но и может использоваться для оценки степени тяжести пневмонии.

КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА. МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ

Н.Н. Пустовойтова, А.А. Сухорукова

Научный руководитель – к.м.н., доцент *Л.Л. Александрова*

Белорусский государственный медицинский университет

При планировании комплексного лечения больных со стоматологическими заболеваниями врач испытывает значительные затруднения. Кроме того, не имея клинического опыта студенту и молодому врачу без наглядного отображения данных, полученных при обследовании трудно наметить весь объем лечебных и профилактических мероприятий. В ряде стран при обследовании и планировании лечения применяется ортопантограмма и карта стоматологического статуса (К.С.С.). В РБ и странах СНГ вышеизложенное не практикуется. Поэтому данная проблема актуальна.

Цель работы: Внедрить в учебный процесс планирование лечения стоматологического больного на основании заполнения карты стоматологического статуса и ортопантограммы.

Задачи:

1. Адаптировать карту стоматологического статуса к использованию на кафедре терапевтической стоматологии.
2. Освоить методику заполнения карты стоматологического статуса на основании клинического обследования и ортопантограммы.
3. Изучить использование методики планирования лечения на основании заполнения карты стоматологического статуса (К. С. С.) и ортопантограммы в учебном процессе.

Материалы и методы: Нами было обследовано 25 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, у которых исследование стоматологического статуса проводилось с помощью стандартного набора инструментов с использованием основных индексов: Грина-Вермильона, GI, КПИ, КПУ, а также всем проводилось ортопантомографическое исследование. Эти данные заносились в К.С.С. Карта представляет собой зубную формулу и миллиметровое разлинейвание альвеолярной кости. Для ее заполнения имеются стандартные обозначения, основные и дополнительные.

Мы предлагаем:

1. Отображать на одной карте состояние твердых тканей зубов, корневых каналов и уровень деструкции костной ткани, а также объем планируемого лечения.
2. Для этого использовать два цвета – синий и красный.
3. Синим цветом отображать состояние зубочелюстной системы, а красным – объем планируемых лечебно-профилактических мероприятий.

На основании анализа заполненных карт можно сделать следующие выводы:

Карта стоматологического статуса:

1. Информативна, наглядно отображает состояние стоматологического статуса пациента (как твердых тканей зубов, так и тканей маргинального периодонта).
2. Позволяет планировать индивидуальное комплексное лечение пациента.
3. Отображает динамику наблюдения и качество лечения.
4. Формирует клиническое мышление.

Все вышесказанное позволяет рекомендовать карту стоматологического статуса для внедрения в учебный процесс.

ИНТЕРЛЕЙКИН-1 α КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

М.Ю. Ревтович

Научный руководитель – д.м.н., профессор *С.И. Леонович*
Белорусский государственный медицинский университет

Острый панкреатит - одно из тяжелейших заболеваний органов брюшной полости, сопровождающееся высокой летальностью (1). В развитии и прогрессировании острого панкреатита важная роль отводится провоспалительным цитокинам, одним из которых является интерлейкин-1 α (ИЛ-1 α).

У 43 больных острым панкреатитом на 1 и 10 сутки лечения (мужчин-33, женщин- 10; средний возраст 37,5 \pm 2,49 года и 52,1 \pm 4,79 года соответственно) проведено исследование уровня ИЛ-1 α в сыворотке крови и перитонеальном экссудате (16 больных) с целью прогностической оценки результатов проводимой терапии и оценки тяжести течения процесса. Исследования проведены с помощью набора ООО “Цитокин” (Санкт-Петербург) на основе “сэндвич”-метода твердофазного иммуноферментного анализа. В зависимости от суммы баллов прогноза по схеме В.Б.Краснорогова и соавт.(1999) (1) нами выделены следующие группы: 1-ая группа (1,3-2,5 баллов)- 20 человек; 2-ая группа (2,6-4,4 баллов)- 23 человека.

Сравнение групп больных показало статистически достоверное превышение уровня ИЛ-1 α у пациентов 2 группы (297,3 \pm 54,57 пг/мл) по сравнению с пациентами 1 группы (129,4 \pm 4,0 пг/мл, (p<0,01)). При этом в случае осложненного течения заболевания (гнойно-воспалительные осложнения)- 4 человека уровень данного цитокина был выше по сравнению с пациентами с неосложненным течением заболевания- 27 человек (p<0,05). Это объясняется стимуляцией продукции данного цитокина липополисахаридом грамотрицательных бактерий (2). Обращает на себя внимание, что уровень ИЛ-1 α в сыворотке крови повышался задолго (в среднем за 11 \pm 1,5 суток) до возникновения гнойно-воспалительных осложнений, определяемых клинически. Поэтому высокий уровень ИЛ-1 α на 10 сутки заболевания (у 1 больного 1 группы- 506 пг/мл и у 11 больных (71,4%) 2 группы- 437,6 \pm 41,95 пг/мл) рассматривался нами как проявление инфицирования очагов некроза и явился показанием к коррекции антибактериальной терапии в пользу назначения цефалоспоринов 3-4 поколений (максипим) в сочетании с метронидазолом, что позволило избежать гнойных осложнений у этой группы больных. Сравнительная оценка сывороточной концентрации цитокина и концентрации в перитонеальном экссудате показала, что во 2 группе превалировал системный уровень цитокина (268,3 \pm 26,41 пг/мл) над таковым in loco (183,9 \pm 21,31 пг/мл, p<0,05). В первой группе наблюдалась инверсия данного соотношения- 143,7 \pm 6,23 пг/мл и 554,9 \pm 62,95 пг/мл соответственно (p<0,01). В связи с этим для практических целей нами предложен коэффициент, представляющий собой отношение сывороточной концентрации ИЛ-1 α к его концентрации в перитонеальном экссудате. При этом при