

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПО
ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Хитров В.Ю., Григорьев Е.В., Марянина Ю.В.

*Казанская государственная
медицинская академия*

Внутрибольничные инфекции на сегодняшний момент являются актуальной проблемой здравоохранения всего мира, в том числе и России. Стоматология особая отрасль медицины, имеющая свои закономерности развития в условиях реформирования здравоохранения. Переход многих стоматологических учреждений на оказание платных медицинских услуг привел к привлечению новых технологий и использованию новейшей диагностической и лечебной аппаратуры, повышению требований пациентов к качеству оказываемой услуги, в том числе и гарантии безопасной с эпидемиологической точки зрения работы.

Стоматология имеет свои особенности распространения внутрибольничной инфекции, которые необходимо учитывать, разрабатывая систему мер по снижению числа заболеваний, возникающих в стенах стоматологических кабинетов. Но, не одна разработанная методика не начнет действовать, пока врач-стоматолог не будет обладать эпидемической настроенностью.

Правильная самоорганизация стоматолога на своем рабочем месте зависит от нескольких факторов, а именно, наличия качественного обучения основам профилактики внутрибольничной инфекции, проведения постоянного контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима и материально-технической обеспеченности медицинского учреждения. Обучение может осуществляться на 2 уровнях: на этапе обучения в высшей медицинской школе – на уровне студента, на этапе последипломной подготовки врачей – на уровне практикующего врача-стоматолога, а также не надо забывать о самоподготовке специалистов, и санитарно-просветительной работе, проводимой в лечебно-профилактических учреждениях.

Для осуществления качественного контроля и внедрения методов борьбы с внутрибольничной инфекцией в стоматологическом учреждении была введена должность эпидемиолога. Это качественный скачок, так как в учреждении появился специалист в области эпидемиологии, путей передачи инфекции. Эпидемиолог непосредственно в каждом отдельном стоматологическом кабинете разрабатывает индивидуальные меры предотвращения распространения внутрибольничной инфекции согласно имеющимся ресурсам. Государственные стоматологические службы, согласно штатному расписанию практически повсеместно укомплектованы эпидемиологами.

Но следует учитывать, что существуют и не государственные стоматологические учреждения. Частные клиники, которые, как правило, рассчитаны на небольшое количество кресел, не могут позволить себе ставку эпидемиолога, следовательно, вся ответственность ложится на врача и медицинскую сестру. Соответственно должен осуществляться взаимокон-

троль между участниками лечебного процесса, но учеба медицинской сестры, ее подготовка не учитывает специфики работы стоматологических учреждений. Контроль за работой врача мог бы проводиться и пациентом, если снабдить его информацией об элементарных правилах гигиены на приеме (мытьё рук перед каждым пациентом, ношение перчаток, масок во время приема, использование одноразового инструментария или стерильного инструмента и т.д.). Надо сказать, что частные кабинеты, по сравнению с государственными структурами обладают неоспоримым преимуществом в плане лучшего материально-технического оснащения.

Таким образом организовать работу стоматолога возможно, если будет проведена качественная учеба и организован само- и взаимоконтроль на рабочем месте.

**ЛОКАЛЬНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
МОТОРНЫХ СВОЙСТВ ЛИМФАНГИОНОВ
ШЕИ ОВЕЦ**

Чумаков В. Ю., Романов В. М., Назарова Е. М.

*Хакасский Государственный Университет
им. Н. Ф. Катанова,
Абакан*

Локальные особенности лимфангионов связаны с ориентацией и распределением мышечных клеток в различных областях стенки лимфатических сосудов. Пропульсивная деятельность лимфангионов обусловлена наличием в их стенке гладкомышечных клеток. От количества миоцитов, ориентации их по отношению к продольной оси и распределения в стенке лимфангиона зависят моторные свойства клапанных сегментов. На основе изучения тотальных препаратов сосудов проведён подсчёт количества миоцитов в области мышечной манжетки и стенки клапанного синуса лимфангионов внеорганных лимфатических сосудов шеи овец. Изучая конструкцию стенки лимфангионов, нами были отмечены некоторые локальные и возрастные изменения этих показателей.

Клапанные сегменты интраорганного лимфатического русла шеи (кожи, мышц, гортани, трахеи, пищевода) характеризуются наличием минимального количества миоцитов в их стенке. С возрастом количество их увеличивается. Миоциты ориентированы по полой и промежуточной спирали.

Внеорганные лимфангионы существенно отличаются от интраорганных. Общее количество миоцитов в их стенке, у животных всех возрастных групп, значительно превосходит таковое у интраорганных. Количество миоцитов в области мышечной манжетки увеличивается с возрастом в 2,5 раза по сравнению с интраорганными. Количество миоцитов в стенке клапанного синуса с возрастом увеличивается примерно в 2 раза.

Расположение и ориентация миоцитов в лимфангионах внеорганных путей изменяется с возрастом. У новорожденных ягнят миоциты располагаются парно в два-три слоя, ориентированы по крутой и промежуточной спиралям. В период отъёма общее количество миоцитов возрастает в 1,5 раза. Количест-

во миоцитов в мышечной манжетке в 4-х месячном возрасте по сравнению со стенкой клапанного синуса увеличивается в 2,6 раза. Миоциты располагаются в два-три слоя, попарно, ориентированы по крутой, промежуточной и пологой спиралям. В лимфангионах ягнят 4-х месячного возраста нами обнаружена «мышца – напрягатель лимфатического клапана», образующая клапанный валик. Гладкомышечные клетки этой мышцы ориентированы вдоль края створки.

В период полового созревания количество миоцитов в стенке клапанного синуса в 3,0 раза уменьшено по сравнению со стенкой мышечной манжетки. Общее количество миоцитов, по сравнению с новорожденными, увеличивается в 4,3 раза. Миоциты располагаются в 2-3 слоя, распределены равномерно, ориентированы по крутой и промежуточной спиралям в виде пучков по 3-5 штук.

У зрелых овец в возрасте 2-3 года во внеорганных лимфангионах находится максимальное количество гладкомышечных клеток. Их общее количество в 6,4 раза больше, чем у новорожденных. Мышечная манжетка содержит в 3 раза больше миоцитов, чем стенка клапанного синуса.

Таким образом, количество миоцитов в стенке лимфангионов внеорганных лимфатических сосудов шеи овец увеличивается в онтогенезе, достигая максимума у овец в возрасте 2-3 лет. Количество миоцитов в стенке лимфатических сосудов увеличивается по направлению лимфотока. Миоциты в стенке лимфангиона распределены неравномерно: в средней части лимфангиона (манжетке) миоцитов всегда значительно больше по сравнению со стенкой клапанного синуса. У всех половозрастных групп максимальное количество миоцитов насчитывается в области мышечной манжетки и с возрастом их количество увеличивается. У овец зрелого возраста миоциты располагаются в три слоя в трёх направлениях по пологой, промежуточной и крутой спиралям.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ У ЖЕНЩИН

Шемятенков В.Н., Шестерикова Е.Б., Гаврилова Т.А.
*Государственный медицинский университет,
Саратов*

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение числа больных хроническим панкреатитом (ХП). На развитие и течение ХП оказывают влияние разнообразные факторы: злоупотребление алкоголем, нарушение питания, прием панкреотоксических лекарственных средств и многое другое, в том числе дефицит женских половых гормонов в период климактерия. Сочетание ХП с климактерическим синдромом может накладывать отпечаток и на результаты проводимой терапии.

Однако влияние климактерического синдрома на течение ХП у женщин, особенности лечения данного заболевания в этот период остаются малоизученными.

Анализировалось течение ХП в период климакса у 87 женщин. Производилось сопоставление тяжести менопаузального синдрома с клиникой и инструментальными признаками ХП. Изучалось состояние гемостаза и иммунитета.

Установлено, что частота обострений заболевания в период менопаузы, выраженность клинической симптоматики в период рецидива, скорость прогрессирования структурных изменений ткани поджелудочной железы в значительной мере обусловлены величиной менопаузального индекса, характеризующего тяжесть климактерия. К другим значимым результатам исследования следует отнести наличие существенных сдвигов со стороны иммунологических и гемостазиологических функций организма в тех случаях, когда ХП протекает на фоне климактерия. Полученные данные позволяют сделать заключение, что иммунологические и гемостазиологические изменения, связанные с климактерическим синдромом, могут быть одними из факторов, лежащих в основе влияния дефицита женских половых гормонов на течение ХП в перименопаузе у женщин.

Таким образом, лечение ХП в период климактерия у женщин должно носить комплексный характер и быть направлено не только на лечение ХП, но и коррекцию менопаузального синдрома. Индивидуальный подход к лечению ХП в период климактерия у женщин, базирующийся на оценке выраженности менопаузального синдрома и суммарной оценке тяжести клинической симптоматики ХП, позволяет улучшить результаты проводимой терапии на 30% и более.