

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи: клин. руководство. М.: Практическая медицина, 2013. – 478 с.

3. Польшин В.В. и соавт. Фотодинамическая терапия при комплексном лечении рака слизистой оболочки полости рта. – Радиация и риск. – 2011. – Том 20. – № 1. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/fotodinamicheskaya-terapiya-pri-kompleksnom-lechenii-raka-slizистой-obolochki-polosti-rta> (дата обращения 25.02.2014)

4. Мосейчик Л.Е., Людчик Т.Б. Сочетанное, комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области: учеб. – методическое пособие. Мн.: БГМУ, 2008. – 38 с.

РАЗРАБОТКА УНИФИЦИРУЮЩЕЙ ВИЗУАЛИЗИРОВАННОЙ СХЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Степанян И.А.

*Балтийский федеральный университет им. Иммануила
Канта, медицинский институт, Калининград, e-mail:
lublumedicinu@mail.ru*

На протяжении всей беременности в плаценте происходят морфологические изменения, отражающие физиологические процессы созревания. Эхогра-

фически эти изменения лежат в основе разделения плаценты по степеням зрелости. Несмотря на обязательность определения степени зрелости плаценты оценка данного показателя до сих пор отличается высокой степенью субъективизма, что приводит к невыявлению преждевременного созревания плаценты и развитию её осложнений.

Мы проводили ультразвуковое исследование 77 беременных и устанавливали степень зрелости плаценты в каждом случае, руководствуясь теоретическим материалом и сопоставляя с визуализирующимися изменениями на экране. Предлагаемая нами схема включает самостоятельно разработанные векторные изображения.

Внедрение разработанной унифицирующей схемы в медицинские информационные системы объективизирует определение степеней зрелости плаценты, повысит качество диагностического процесса, позволит наблюдать за правильностью и последовательностью развития плаценты на протяжении всей беременности, способствует своевременной и точной диагностике преждевременного созревания плаценты и ликвидации её осложнений.

	Стадии зрелости плаценты			
	0	I	II	III
Хориальная мембрана				
Базальная мембрана				
Паренхима				

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОТИРЕОЗА

Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б., Таласпаева К.В.,
Костенко А.С.

*Карагандинский государственный медицинский
университет, Караганда, e-mail: taizhanova_kgma@mail.ru*

Согласно проведенным обследованиям, тканевой дефицит железа следует считать как фактор риска функциональных нарушений, а в последующем заболеваний внутренних органов, в том числе гипofункции органов внутренней секреции – щитовидной железы. Нами проанализированы случаи манифестного и субклинического гипотиреоза у 46 женщин молодого возраста (от 18 до 46 лет). При этом тщательно оценивали факт наличия в предшествующий обследованию период желездефицитного состояния (ЖДС) у данных больных. Нами установлено, что у 60% пациентов с первичным и субклиническим гипотиреозом в анамнезе констатировали факторы риска развития желездефицитных состояний в виде повторных носовых, десневых, геморроидальных кровоточивостей, метrorрагии, меноррагии, в основном на фоне тромбоцитопатии, тромбоцитопении. Как

правило, наблюдались спонтанные или после небольшого давления на кожу синяковости. В анамнезе имело место и регулярное донорство без последующего замещения кровопотерь препаратами железа. У всех больных имелись клинические проявления сидеропенического синдрома, со снижением уровня ферритина, гипохромией и микроанизоцитозом.

Таким образом, выявлена связь субклинического и первичного гипотиреоза с предшествующим желездефицитным состоянием, которое способствует снижению активности тканевых дыхательных ферментов (пероксидазы и др.), участвующих в синтезе гормонов щитовидной железы.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Тайжанова Д.Ж., Дубровская Я.А., Кузнецова О.С.

*Карагандинский государственный медицинский
университет, e-mail: taizhanova_kgma@mail.ru*

Согласно проведенным обследованиям 48 наркоманов, потребляющих опий внутривенно в количестве 2,0-3,0 грамм ежедневно с проведением пункционной биопсии почек под контролем ультразвукового

исследования установлено, что морфологическим субстратом наркотической нефропатии более часто был мезангио-пролиферативный вариант нефрита. Клубочки при этом были сегментарно гиалинизированы с обильной лейкоцитарной инфильтрацией. Множество клубочков «лапчатые» с пролиферацией клеток мезангиального слоя. В интерстиции поля склероза, лейкоциты, эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии. В других случаях обнаружена выраженная пролиферация мезангиальных клеток, базальная мембрана петель капилляров утолщена. В строме – очаговая пролиферация из лимфо-моноцитарных и гистиоцитарных элементов, формируются фиброзные волокна.

В одном случае в корковом слое была выражена крупноочаговая инфильтрация из лимфоцитов, моноцитов и плазматических клеток. Наружный листок капсулы клубочков утолщен, плотный за счет разрастания соединительной ткани. Эпителий канальцев дистрофически изменен, отдельные канальцы расширены, эпителий их атрофичен. Указанная морфологическая картина свидетельствовала о тубуло-интерстициальном нефрите с клубочковым компонентом. Иными словами констатировано повреждение всех структурных элементов почки.

Преимущественное поражение клубочкового аппарата почек отметили в случае, где клубочки были увеличены, имели «лапчатый» вид. Выражена пролиферация мезангиальных клеток и эндотелия капилляров. Проллиферативные процессы переходили в склероз и гиалиноз капиллярных петель, они были спаяны между собой, формируя «трилистник» и синехии в полости клубочковой капсулы. Эпителий канальцев дистрофически изменен. Отдельные группы канальцев в спавшемся состоянии и замещаются фиброзными волокнами; другие – с расширенным просветом и низким уплощенным эпителием.

У двух пациентов обнаружено преимущественное поражение канальцевого аппарата почек. Нефротеллий извитых канальцев был без четких границ с разволокненным апикальным краем, зернистой цитоплазмой. В просвете отдельных канальцев были видны гомогенные розовые массы. В строме умеренный склероз, очаговая лимфо-гистиоцитарная инфильтрация.

Гистологический материал почек у больного с сопутствующей плевро-пневмонией, осложненной абсцедированием, характеризовался развитием очагового некротического нефроза. При этом эпителий главных отделов нефронов высокий, содержит гидропические вакуоли, просвет канальцев сужен. Нефроциты многих проксимальных и дистальных извитых канальцев гомогенизированы, окрашены оксифильно. Сосуды интермедиарной зоны и пирамид полнокровны, сосуды коркового слоя – в спавшемся состоянии. Выражен отек интерстиция и наличие в нем инфильтрации из лейкоцитов.

Таким образом, анализ патогистологического материала свидетельствует о том, что длительная наркотическая интоксикация приводит к повреждению почек, как органа элиминации токсинов, которая морфологически проявляется формированием преимущественно мезангио-пролиферативного варианта нефрита. Реже обнаруживаются экстракапиллярный и фибропластический варианты нефрита, причем в сочетании с тубуло-интерстициальным компонентом поражений. Тяжелые воспалительные и нагноительные процессы в других органах могут спровоцировать развитие очагового некротического нефроза, что следует учитывать при наблюдении и лечении наркопотребителей с указанной патологией.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА У БЕРЕМЕННЫХ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Тулик Ю.И., Байчорова А.С., Хатуева А.А., Шевченко П.П., Карлов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: mr.bylim@bk.ru

В статье проанализирована проблема невралгии тройничного нерва во время беременности. В данной работе рассмотрены методы диагностики и лечения этой патологии и даны следующие рекомендации: в первом триместре беременности оптимальным методом лечения является витаминотерапия и физиолечение, в дальнейшем противоэпилептическими препаратами и местными анальгетиками.

Актуальность: В настоящее время проблема невралгии тройничного нерва имеет большое значение, так как, не смотря на прогресс медицины, в частности неврологии, данная патология при беременности плохо освещена. А так же большинство препаратов, применяющихся при невралгии тройничного нерва, небезопасно при беременности. При беременности основной причиной развитие невралгии тройничного нерва является компрессия сосудом корешка тройничного нерва, пульсация которого приводит к демиелинизации нерва и появлению патологических разрядов. Часто такое состояние провоцируется нервными нагрузками беременной женщины, стрессами, гормональными и обменными изменениями в ее организме.

Тригеминальная невралгия проявляется короткими (до 1–2 минут) приступами интенсивных, жестких, стреляющих болей в щеке, верхней и нижней челюсти, реже в надбровье, боли носят преимущественно односторонний характер (менее 4% – двусторонний), пациенты нередко сравнивают его с электрическим разрядом. Характерно наличие триггерных зон (участки лица или полости рта, раздражение которых вызывает типичный пароксизм) и триггерных факторов (действия или условия, при которых возникает болевой приступ; например, жевание, умывание, разговор). Приступы редко бывают по ночам. Имеет место характерное поведение пациента во время приступа – щадящее воздействие на пораженную зону. Нередко наблюдается покраснение лица, жжение, слезотечение и слюнотечение. Возможен болевой тик (подергивание жевательных или мимических мышц на пике болевого приступа).

Цель исследования: изучить особенности невралгии тройничного нерва у беременных и особое значение уделить методам лечения и диагностики.

Результаты исследования: Диагноз невралгии тройничного нерва ставится на основании жалоб больного и его осмотра неврологом. Имеет смысл исследование ЛОР-органов и стоматологическое обследование с целью исключения других причин болевого синдрома. В диагностике имеет значение магнитно-резонансная томография. Однако МРТ эффективно только в случае, если причиной невралгии служит опухоль головного мозга или рассеянный склероз. В случае беременности, когда причиной служит контакт тройничного нерва с сосудом, конкретное место патологии сложно установить.

Трудность лечения состоит в том, что большинство препаратов, применяющихся при невралгии тройничного нерва, небезопасно при беременности. Препаратом выбора при невралгии тройничного нерва обычно считается карбамазепин. Но Карбамазепин усиливает дефицит фолиевой кислоты, часто наблюдающийся во время беременности, что может