



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

64-я

Итоговая научная конференция

молодых ученых РостГМУ,

посвященная 95-летию высшего медицинского образования на Дону
и 80-летию РостГМУ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

РОСТОВ-НА-ДОНУ

23 апреля 2010

450 plus с программным обеспечением VISUPAC (Zeiss). Калибromетрию ретинальных сосудов проводили в интерактивном режиме, при этом курсор «мышь» наводили вначале на один край сосуда, а затем перемещали перпендикулярно к его противоположному краю. При определении относительного содержания артериальных сосудов в 1 см.

Результаты: На основании литературных данных и собственных исследований установлено, что центральная артерия сетчатки (ЦАС) появляется в центре диска зрительного нерва. Ветви ЦАС второго порядка являются артериолами и называются соответственно квадрантам сетчатки глазного яблока. Различают верхнюю и нижнюю височные, верхнюю и нижнюю носовые артериолы. В 17% случаев нами выявлены артериолы пятна, как самостоятельные ветви ЦАС. В 3% случаев визуализировалась цилиоретинальная артерия – ветвь задней короткой ресничной артерии. Диаметр крупных артериол увеличивается при увеличении возраста, однако это увеличение статистически незначимо. У лиц старше 60 лет наблюдались склеротические изменения стенок крупных артериол сетчатой оболочки. Крупные артериолы делятся на артериолы второго-шестого порядков меньшего калибра вплоть до капилляров диаметром $10,3 \pm 0,7$ мкм. Капилляры формируют петли неправильной многоугольной и округлой формы. Важным показателем интенсивности кровоснабжения сетчатой оболочки является количество артериальных сосудов в 1 см.

Выводы: 1. У лиц старше 60 лет выявлены склеротические изменения стенок крупных артериол сетчатой оболочки. 2. Диаметр артериальных сосудов сетчатой оболочки глазного яблока и, следовательно, их емкость, уменьшаются с увеличением возраста. 3. Количество артериальных сосудов в 1 см.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ МЯГКОГО НЕБА ПРИ ХРАПЕ

Автор: ст. 6 к. ЛПФ Ханамиров А.А.

Научный руководитель: проф. Золотова Т.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «РостГМУ Росздрава», кафедра ЛОР-болезней

Актуальность: Проблема храпа не утрачивает своей актуальности в современных условиях в связи со значительной его распространённостью. Статистические данные свидетельствуют, о том, что храпом страдает более 33% взрослого населения. Патология, характеризующаяся, прежде всего, комплексом акустических проявлений, возникающих во время сна, часто рассматривается в социальном аспекте для самого храпящего и окружающих. Однако храп может сопровождаться значительными нарушениями в организме, сопровождаясь в 4,5% случаев синдромом обструктивного апноэ во сне, и приводить к фрагментации ночного сна и дневной сонливости, артериальной гипертонии, нарушению сердечного ритма, инсульту, инфаркту миокарда и внезапной смерти во сне. Несмотря на широкое распространение обструктивного апноэ во сне, большинство случаев остаются не диагностированными и не лечеными. В результате многочисленных клинико-экспериментальных исследований установлено, что в основе развития храпа лежат анатомо-физиологические изменения верхних дыхательных путей. Одной из существенных составляющих этого процесса является снижение общего тонуса мышц мягкого неба и глотки, в связи с чем целесообразно воздействие на данный аспект патогенеза храпа. Коррекция указанных изменений возможна при электростимуляции мышц мягкого неба.

Цель: Определение распространённости храпа по данным анкетирования и оптимизация лечения больных, страдающих храпом и обструктивным апноэ во сне, применением электростимуляции мягкого неба.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 96 больных для выявления храпящих, находящихся на лечении в 1 и 2 ЛОР-отделениях ГБ №1 им. Н.А. Семашко. Лечение методом электростимуляции мягкого неба осуществлено 40 больным, при этом использовался электростимулятор «ЭСОТ 1» (Ростов-на-Дону, «Сенстим»). Проанализированы результаты электромиографического исследования мягкого неба 40 больных, осуществляемого на электромиографе «Нейромиан» (Таганрог).

Результаты: Проведенное нами анкетирование 96 больных ЛОР-стационара, среди которых было 39 мужчин и 57 женщин, свидетельствовало о том, что храпом страдает 43% из них (41 чел.). Среди мужчин храпящих оказалось 38% (15 чел.), среди женщин – 47,3% (27 чел.). Курящих среди больных с храпом было 49% (20 чел.). Сопутствующая сердечно-сосудистая патология у храпящих была в 57% случаев (23 чел.), у не храпящих - в 18% случаев (10 чел.). Избыточный вес среди храпящих выявлен в 49% случаев (20 чел.), у не храпящих – в 11% (5 чел.). Основными показателями к консервативному лечению больных методом электростимуляции являлись результаты аудиозаписи храпа во время сна, а

также результаты электромиографии мягкого неба. Проводили электростимуляцию мышц мягкого неба электрическим током в различных режимах посредством электростимулятора «ЭСОТ 1». Активный электрод электростимулятора отоларингологического «ЭСОТ 1» устанавливали на мягком небе и осуществляли электростимуляцию импульсным прямоугольным током. Пассивный электрод накладывали на предплечье. Параметры импульсного тока, подаваемого в пачечном режиме, регулировали индивидуально в зависимости от чувствительности пациента до ощущения «покалывания» в области неба. На курс лечения - 8-10 сеансов. До и после проводимого курса лечения с целью контроля и для объективной оценки его результатов проводилась звукозапись храпа на магнитофонную ленту с последующим акустическим анализом характеристик храпа. При сравнении результатов обследования до и после лечения у всех больных прослеживалась положительная динамика: уменьшение силы храпа после лечения, зафиксированное при прослушивании магнитофонной записи и визуальном анализе его акустических составляющих со снижением интенсивности акустического сигнала в 2-3 раза. Данные, полученные при миографии мышц мягкого неба до и после лечения, указывали на увеличение тонуса мышц мягкого неба после лечения. Проведенный больным курс лечения позволяет добиться восстановления функций мягкого неба за счет стимуляции его мышц и вызывает стойкий эффект, приводя к устранению или уменьшению храпа и синдрома обструктивного апноэ во сне.

Выводы: 1. Храп – распространённое состояние, встречающееся у 43% лиц с ЛОР-патологией. 2. Электростимуляция мягкого неба является эффективным способом консервативного лечения храпа. 3. Показаниями для лечения больных, страдающих храпом, являются его акустические характеристики и признаки нарушения тонуса мышц мягкого неба, зафиксированные методом миографии.

ИССЛЕДОВАНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ТАМПОНАДЕ ПОЛОСТИ НОСА

Авторы: орд. Залеская И.А., орд. Нескубина В.А.

Научный руководитель: проф. Бойко Н.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «РостГМУ Росздрава», кафедра ЛОР-болезней

Актуальность: Носовые кровотечения (НК) занимают первое место по частоте среди спонтанных кровотечений и являются наиболее распространенным показанием для экстренной госпитализации в ЛОР-стационары. Самым распространенным способом остановки посттравматических, послеоперационных и спонтанных НК является тампонада полости носа ввиду своей доступности и простоты. Недостатки марлевой тампонады общеизвестны: значительная болезненность при введении и удалении тампонов, активация местного фибринолиза, травма слизистой оболочки полости носа с образованием в этих участках грануляционной ткани, которая может стать источником кровотечения после удаления тампонов. Марлевые тампоны быстро пропитываются раневым отделяемым и слизью, что создает условия для роста микроорганизмов, удаление тампонов травматично и болезненно. Это объясняет интерес клиницистов к совершенствованию данного способа остановки НК.

Цель: Целью нашего исследования было изучение динамики времени мукоцилиарного транспорта у больных после передней тампонады полости носа.

Материалы и методы: Мы исследовали изменение скорости МЦТ у 12 больных после передней тампонады носа по поводу НК. Больные были разделены на 2 группы по 6 человек: в 1 группе использована традиционная марлевая тампонада, во 2 – тампонада кровоостанавливающие тампоны Smart. Кровоостанавливающие назальные Тампоны Smart предназначены для быстрой остановки носовых кровотечений. Это промышленно выпускаемые эластичные тампоны из поливинилацетата, имеющие губчатую структуру и обработанные раствором микродисперсной окисленной целлюлозы, которая обеспечивает быстрое прекращение кровотечения из носа. При контакте с кровью назальные тампоны расширяются, принимая форму полости носа, обеспечивая гемостаз. Время МЦТ определяли с помощью стандартного сахаринового теста в 1, 3 и 5 сутки после удаления тампонов. Контрольную группу составили 23 здоровых добровольца.

Результаты: Результаты и их обсуждение. После удаления тампонов отмечено увеличение времени МЦТ у больных обеих исследованных групп, более выраженное после традиционной марлевой тампонады: время МЦТ у больных 1 группы составило в среднем $45,66 \pm 7$ минут, а у больных 2 группы (тампонада тампонами Smart) оно составило $21,8 \pm 3,67$ минут (в контрольной группе – 17,22 минут). Отмечено, что тампоны Smart не прилипают к слизистой оболочке полости носа, легко извлекаются. Результаты исследования скорости мукоцилиарного транспорта у больных с носовым кровотечением