

витамина D к кальцитриолу. Этот каскад событий ведёт, в итоге, к дефициту сырья (особенно в широтах севернее 35°), падению его дальнейшей активации и угнетению всех периферических эффектов витамина D. Возрастные ограничения обмена Ca: 1) сокращение пищевого потребления минерала на фоне нарастающей частоты лактазной недостаточности, ограничивающей молочный рацион, 2) снижение биодоступности Ca из-за уменьшения его кишечной абсорбции в условиях низкой желудочной секреции при типичных у пожилых гипо-/анацидных гастритах, 3) увеличение костных потерь Ca по причине прекращения остеоанаболической протекции половых гормонов как у женщин – примерно с 50 лет, так и у мужчин, в среднем, пятнадцатью годами позже.

Синхронное ухудшение параметров метаболизма как минерала, так и витамина-гормона служит основной патогенетической предпосылкой для нарастания с возрастом

патологии не только костной (демнерализация скелета → остеопоротические переломы), мышечной (синдром саркопении → спонтанные падения), но и массы других функциональных систем, в регуляции которых установлены специфические эффекты витамина D и Ca. В начале XXI века особо пристальное внимание геронтологов привлечено к роли возрастного дефицита Ca и витамина D в патогенезе всех компонентов метаболического синдрома и инсулинорезистентности – сахарного диабета типа 2, гиперлипидемии, артериальной гипертензии и пр., кардиоваскулярной летальности, а также онкологических и нейро-дегенеративных заболеваний. Поэтому многочисленные сведения доказательной медицины надёжно аргументировали важность длительной многоцелевой профилактики у пожилых комбинированными препаратами Ca и витамина D в дозах не менее Ca 1000мг и витамина D 700-800МЕ.

## Особенности планирования дентальной имплантации у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа

*Шукпаров А.Б.*

*Южно-казахстанская государственная медицинская академия МЗ РК, г. Шымкент.*

Основанная на концепции остеоинтеграции, предложенной P.I.Branemark (1969) дентальная имплантация позволяет создать надёжную и относительно долговременную опору для различных конструкций зубных протезов. Ослабление регенеративной способности костной и соединительной ткани, выявляемое у больных СД 2-го типа, может приводить к замедлению процессов заживления ран в послеоперационном периоде. Существует доказанная взаимосвязь между плохо контролируемым СД 2-го типа и механизмами поражения тканей пародонта, губчатой и компактной костной ткани. Успех дентальной имплантации связан с процессами адекватного приживления и остеоинтеграции импланта в костное ложе. Целью настоящего исследования стало выяснение особенностей течения остеоинтегративных процессов у больных СД 2-го типа, выявление и оценка цитологических и иммунологических критериев репаративной регенерации, которые позволят усовершенствовать известные стандарты планирования внутрикостной дентальной имплантации.

Материал и методы. Исследовали 35 пациентов обоего пола в возрасте от 45-65 лет (средний возраст – 50±3 года) с генерализованным пародонтитом в стадии ремиссии в сочетании с СД 2-го типа. С целью ортопедической реабилитации всем больным были установлены внутрикостные двухэтапные имплантаты системы Bio Horizont (США). Цитологическое исследование по отпечаткам с десны периимплантатной области проводили по цитоморфометрической методике Григорьяна А.С. и соавторов (1999) на основании определения двух показателей: индекса деструкции (ИД) и воспалительно-деструктивного индекса (ВДИ). Оценку иммунного статуса проводили стандартным методом проточной цитофлуориметрии на приборе FACS

Calibur. Состояние гуморального иммунитета оценивали по концентрации иммуноглобулинов класса А, М и G в сыворотке крови, определяемой с помощью иммуноферментного анализа при использовании коммерческих тест-систем (Вектор-Бест, Новосибирск). Для определения состояния гликемического контроля использовали тест на гликозилированный гемоглобин (HbA1c).

Результаты исследования. Мониторинг показателей ИД и ВДИ отражал динамику воспалительно-деструктивных изменений в околоимплантатных тканях десны. Эти данные имели большое практическое значение, так как позволяли объективно определить индивидуальную готовность пациента к протезированию. В связи с проведением корректирующего комплекса гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий начало ортопедического лечения пациентов с СД 2-го типа было отложено на 1-4 недели. При сопоставлении процессов приживления импланта с иммунологическими показателями было установлено, что угнетение показателей Т-клеточного иммунитета отмечалось у больных СД 2-го типа с высоким уровнем гликолизированного гемоглобина в крови, получавших корректирующую эндокринологическую терапию до проведения дентальной имплантации, с расширенным объемом оперативного вмешательства (при установке 2-х и более имплантатов). Отмечалось затягивание сроков купирования патологического процесса, которое коррелировало с высоким уровнем содержания циркулирующих В-клеток.

Выводы. Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне СД 2-го типа должны стать предметом специального наблюдения и направленного корректирующего терапевтического воздействия на иммунную систему на этапах дентальной имплантации.

## Синдром диабетической стопы (СДС). Комплексное лечение

*Ибадильдин А.С., Сейсембаев М.А., Апсаров Э.А., Алимжанов А.К., Головня М.А.  
РГКП «РК ГИОВ»*

Сахарный диабет по медико-социальной значимости занимает 3 место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и выросло за последние 12-15 лет с 4% до 6-8%, что объясняется увеличением продолжительности жизни, улучшением социально бытовых условий. Одним из грозных осложнений является развитие диабетической стопы. Поэтому целью нашего исследования было поделиться опытом комплексного лечения больных с СДС,

позволяющим уменьшить количество высоких ампутаций в 1,7 раза, сократить койко-день до 12 дней.

Известно, что помимо высокой послеоперационной летальности ампутация на уровне бедра повышает риск смерти пациента в течение 5 лет до 40-68%. Кроме того, очевидно, ампутация сама по себе является калечащей операцией. Нами пролечено за 5 лет 408больных сахарным диабетом (мужчин-175 (43%), женщин-233(57%), воз-

раст от 38 до 82 лет) сахарным диабетом II типа, старше 70 лет составило 30% (122 больных).

У большинства имелась средняя степень тяжести-298(73%), 110( 37%)- тяжелое течение диабета. Длительность течения диабета составляла от впервые выявленного до 20 лет. В среднем длительность лечения данных больных доходила до 3-4 недель. В связи с невозможностью оказать полноценную помощь всем больным, решено использовать в практической работе все возможное в условиях стационара для улучшения качества лечения, что позволило нам снизить койко-день до 10-12 дней, при этом шире использовалось активное консультативно-амбулаторное наблюдение за выписанными больными 2 раза в неделю. Все больные поступили в хирургический стационар с выраженными клиническими признаками заболевания и гипергликемией от 7 ммоль/л до 20,5 ммоль/л. Сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, перенесенные инфаркт миокарда, ОНМК, ожирение) имелись у 359 (88%). Ампутиаций, экзартикуляций пальцев произведено 109 больным (27%), в том числе на уровне стопы по Шопару 8(2%), Лисфранку 6(1,5%).

Вскрытие флегмон, некрэктомий 193 больным (47%). За 5 лет было сделано 48 (11%) ампутиаций на уровне с/3 бедра, но здесь нужно отметить позднюю обращаемость больных, все операции производились по жизненным по-

казаниям, нагноение культи отмечалось в 6 случаях (9%), реампутиаций не было. Койко- день в среднем составил 10-12. Умерло после операции 3 (6%) все досуточно. Лечение СДС нами проводилось с учетом преобладающего вида поражения сосудов по следующим основным направлениям: компенсация сахарного диабета, коррекция реологических и микроциркуляторных нарушений, антибактериальная терапия, детоксикация, хирургическая обработка гнойно-некротического очага, ортопедическая разгрузка конечности.

Выводы:

1. Необходимы отделения СДС для оказания квалифицированной медицинской помощи данной категории больных.

2.Необходимы кабинеты диабетической стопы в поликлиниках для амбулаторного, динамического наблюдения данной категории больных.

3. Комплексное лечение СДС позволило в 1,7 раза уменьшить количество высоких ампутаций нижних конечностей, уменьшить койк-день до 12. Снизить летальность оперированных больных до 6%.

4.Необходимо организация курсов, семинаров, конференций на базе отделений, имеющих опыт в лечении больных данной категории, с привлечением организаторов здравоохранения, практических хирургов.

## Перспективные направления реабилитации лиц, пожилого и старшего возраста

*Шакиров М.М., Абдрахманова А.К., Куспангалиева Ш.Н., Тугельбаев М.Н., Назаров А.Г.  
РГКП «Республиканский клинический госпиталь для инвалидов ВОВ», г. Алматы*

В течение длительного времени Республиканский клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны наряду с медицинской помощью ветеранам организует и осуществляет клиническую и медико-социальную реабилитацию лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения, являясь организационно - методическим центром по оказанию амбулаторной и стационарной помощи этой категории больных.

К настоящему времени возраст лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения увеличился и во многих случаях приближается к старшему. Учитывая эти обстоятельства, а также практическое отсутствие в республике геронтологической службы, на ближайшую перспективу актуальной становится проблема разработки научно обоснованной программы сохранения здоровья и реабилитации наших пациентов пожилого возраста, в сложившихся условиях, на основе современных мировых достижений в этой области. Таким образом будет восполнен недостаточный объем гериатрических и геронтологических исследований и намечены дальнейшие направления в этой важной работе.

## Актуальные аспекты геронтологии

*Енсепова С.Б., Аширбекова К.Ж., Кусаинова А.К., Нурмагамбетова С.Ш.  
РКГИОВ г. Алматы*

В наше время весьма актуальным становится вопрос совершенствования амбулаторной и стационарной гериатрической помощи.

В наши дни в крупных городах значительно увеличилась продолжительность жизни пожилых людей, которые при этом страдают многими хроническими заболеваниями и нуждаются в постоянном наблюдении и медикаментозном лечении. Многие медработники недостаточно знакомы с особенностями стареющего организма и особенностями медикаментозного лечения пациентов старческого

возраста. Наличие широкого спектра хронических заболеваний требует проведения адекватных диагностических, лечебных и восстановительных медицинских мероприятий, направленных на преодоление имеющихся функциональных и органических расстройств и максимальную интеграцию в социальные отношения.

Предложен алгоритм лечебно-реабилитационных мероприятий, основой которого является применение комплекса мер направленных на проведение оздоровления, биостимуляции, а также коррекции атеросклеротических процессов как причины развития ангиоэнцефалопатии и ишемической болезни сердца. При его разработке были учтены основные патогенетические звенья этих процессов и возможности реального применения в клинической практике. Предлагаемая методика представляет собой комплекс мероприятий с использованием диспансерного наблюдения, детоксикации, десенсибилизации, медикаментозных препаратов растительного происхождения, физиотерапии, ЛФК и психотерапии. Предварительные оценки свидетельствуют об эффективности предлагаемой методики.

возраста

Таким образом, при анализе аспектов лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых пациентов была установлена взаимосвязь между артериальной гипертонией, заболеваниями сердца и нарушениями мозгового кровообращения у пожилых людей. В данном случае оценка этих нарушений должна носить комплексный характер. Артериальная гипертензия может являться важным фактором риска развития нарушений и со стороны сердечно-сосудистой системы, и центральной нервной