

В дальнейшем она стабилизировалась, не превышая 32 °С. О повышении влажности свидетельствовало накопление конденсата на шлангах наркозного контура.

В первые сутки после операции отмечена существенная разница в течение послеоперационного периода между группами. После галотановой анестезии практически у всех детей имелись те или иные проявления побочного действия ИА: у 70 % детей отмечали тошноту, а у 40 % — рвоту, при этом у 10 % многократную (5 раз и более). В 3-й группе после анестезии изофлюраном лишь у 20 % детей отмечали незначительную тошноту. Рвоты не было ни разу.

Также отметим, что одного флакона форана емкостью 100 мл хватает на проведение общей анестезии с минимальным потоком газов в течение 48 часов.

#### ВЫВОДЫ

1. При проведении анестезии с минимальным потоком газов (500 мл/мин.) у детей параметры транспорта кислорода поддерживаются на оптимальном уровне. В связи с этим возможно безопасное использование этого метода у детей с 3-месячного возраста в рутинной практике.

2. Гемодилюция со снижением гематокрита до 27 – 30 % как метод борьбы с операционной кровопотерей может с успехом использоваться при анестезии с минимальным потоком газов у детей.

3. Применение изофлюрана в контуре с минимальным потоком у детей является предпочтительным по сравнению с галотановой анестезией в связи с меньшими побочными эффектами.

**М.Б. Митупов**

### ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ НА КУРСЕ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Учение о долге врача и его гражданских обязанностях в практике венерологов имеют некоторые специфические особенности, которым мы уделяем в процессе преподавания особое внимание.

Преподавание вопроса врачебного долга и этики начинается с преодоления у студентов психологического страха перед возможностью заражения и, если так можно выразиться, преодоления чувства естественной брезгливости. Студенты, впервые пришедшие на практические занятия, предвзято и насторожено откосятся не только к больным, но и ко всей обстановке в больнице. Контакт с больными у студентов вначале не получается. Это и не удивительно, ибо представления о проказе и сифилисе складываются нередко под влиянием бытующего у населения мнения о высокой заразности этих заболеваний.

В первый же день студенты получают информацию об относительной заразности сифилиса и лепры, обучаются правилам обследования больных, технике забора патологического материала для исследования, дезинфекции рук и инструмента.

На практических занятиях детальный осмотр студентами больного проводится сразу же после выяснения жалоб больного и мотивов, заставивших обратиться к врачу. Только после тщательного осмотра, а нередко и лабораторных исследований, проводится углубленный и целенаправленный опрос больного. Подобная методика позволяет щадить психику больного, собирать эпидемиологические сведения не вообще, а за конкретный период времени.

Вопросы медицинской деонтологии начинаются при собирании анамнеза, когда врач вторгается в интимную жизнь больного. Студенты предварительно получают схему опроса венерического больного и убеждаются, что без специальных знаний течения сифилиса и лепры невозможно ни проверить достоверность полученных от больного сведений, ни провести эпидемиологический анализ.

Особое внимание придается правильному толкованию врачебной тайны, дифференцированного подхода к этому вопросу в зависимости от контингента больных, стадии заболевания и отношения самого больного к своему заболеванию. За разглашение врачебной тайны и врач, и студент несут ответственность, ибо нельзя, оправдываясь диагнозом, переступить границы врачебной этики, врачебных норм поведения. Вместе с тем, студенты уясняют, что врачебная тайна сохраняется до тех пор, пока она не представляет опасности для общества, а также в том случае, когда сам больной не заинтересован в сохранности тайны, элементарно нарушает режим, срывает лечение, совершает аморальные поступки.

Уделяется достаточное внимание ознакомлению студентов с существующими законодательствами и применению их на практике. Подчеркивается, что в тех случаях, когда больные систематически срывают лечение, злоупотребляют алкоголем, вступают в связи, заражают или ставят в опасность заражения, при-

менение существующего законодательства — гражданский и этический долг врача. Для иллюстрации приводятся истории болезней осужденных больных, студенты сами составляют направление в суд.

После установления диагноза и соответствующего разъяснения студент берет у больного подпись о «Предупреждении». Ассистент разъясняет, что в данном акте недопустимы ни формализм, ни грубый нажим.

В процессе лечения больных сифилисом и снятия их с учета критерии излечения рассматриваются не только в клинкоэтиологическом, но и деонтологическом плане. Студенты должны убедиться, что реабилитация больных сифилисом должна быть полная — физическая и моральная. Точно также вопросы о вынашивании или прерывания беременности у больных сифилисом решаются строго индивидуально. Студенты обязаны в сложной ситуации выбрать единственно правильное решение с предвидением всех возможных осложнений медицинского и этического порядка.

**В.В. Намханов, Ю.Л. Писаревский, С.В. Фоминых, В.В. Зобнин**

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ НА ЭЛЕМЕНТЫ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Одной из актуальных проблем в ортопедической стоматологии является своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение патологической перестройки зубочелюстной системы после утраты зубов и развития патологических процессов в височно-нижнечелюстном суставе.

Височно-нижнечелюстной сустав — это не только составная часть зубочелюстной системы, но он является одним из сложных работающих узлов человеческого тела [3, 7].

Частичная или полная утрата зубов приводит к значительным изменениям в соотношении суставных элементов. С потерей зубов происходит снижение высоты прикуса, которое обусловлено патологией окклюзии и артикуляции зубных рядов. При этом наблюдается дистальное смещение суставной головки нижней челюсти [1, 4, 9, 10].

Нарушение целостности зубного ряда влечет за собой изменение функции зубочелюстной системы, что в силу взаимосвязи и взаимной обусловленности формы и функции способствует развитию или усугублению патологического состояния в органах зубочелюстной системы, о чем свидетельствуют клинические и экспериментальные исследования ряда авторов [5, 9, 11]. Практически всегда потеря зубов сопровождается снижением высоты прикуса, это приводит к появлению атипичной нагрузки на ткани сустава и биологической перестройки структуры [2, 8, 11].

Вышеизложенное позволяет предположить, что изменения, происходящие в зубочелюстной системе после частичной или полной утраты зубов, окажут влияние на височно-нижнечелюстной сустав.

### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В клинике выявить влияние своевременного ортопедического лечения (протезирования) на пространственную ориентацию элементов височно-нижнечелюстного сустава человека при частичной и полной утрате зубов.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В соответствии с поставленными задачами было обследовано и протезировано 45 пациентов с частичным или полным отсутствием зубов. У всех больных проведено рентгенологическое исследование височно-нижнечелюстных суставов до и после изготовления и наложения протезов. Проанализировали характер изменений жалоб, предъявляемых пациентами к височно-нижнечелюстному суставу до и после протезирования.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В результате рентгенологического исследования сустава нами были выявлены общие признаки неравномерности ширины суставной щели в различных участках и на различных сторонах сустава, большое разнообразие и асимметрия форм и размеров суставных элементов.

Отсутствие дистальной группы зубов характеризуется увеличением частоты задней топографии суставной головки большим количеством асимметрий.