

Церковный устав СВ. Владимира 966 г. объявил больницы церковными учреждениями, а лецов — людьми церковными, подведомственными епископу.

Для народа связь Бога с врачом была несомненной. Исцеление понимали, как знание того, что человек прощен Богом, «ибо Я Господь (Бог твой), целитель твой» (Исх. 15: 26). Случаи же неудачного лечения воспринимались, как наказание за грехи. Понятно, что это наказание исходило не от врача, поэтому претензии к нему не предъявляли.

Авторитет врача в период раннего христианства был чрезвычайно высок. Так, из 2 Книги Паралипоменон (16: 12) известно, что Аса, царь Иудейский, «в болезни своей взывал не Господа, а врачей». Летописец даже упрекает Асу в том, что тот обратился не к Господу, а только к врачам, чтобы исцелиться от болезни, которая была карой Божией. В Новом Завете апостол Павел называет Луку «врачом возлюбленным» (Кол. 4: 14). Большое значение медицинской деятельности можно подтвердить примером Господа Иисуса Христа, который часто в своем служении исцелял людей. Многие святые Православной Церкви были врачами по профессии: св. бессребрники Косьма и Домиан, великомученик и целитель Пантелеймон, всем известный врач и священник, святитель Лука Войно-Ясенецкий. Они стали святыми благодаря своей вере, праведной жизни и благодаря воплощению в своей деятельности христианских идеалов, нравственных норм, заповедей, которые дал Бог. Но если бы врачебная деятельность была чужда христианскому пониманию мира, то смогли бы они стать святыми??? Ответ очевиден — нет!!!

Таким образом, велико значение сотрудничества Церкви и медицины. Только вместе мы сможем подарить человеку радость быть здоровым...

УДК 616.511.4

СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА

Байбурина Л. Г., Щуро А. А., Польша И. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром Стивенса-Джонсона относится к тяжелым системным аллергическим реакциям замедленного типа (иммунокомплексным) и представляет собой тяжелый вариант течения многоформной эритемы, при которой наряду с поражением кожи отмечается поражение слизистых оболочек как минимум двух органов [1, 2, 3].

Цель

Составить обзор современных литературных данных о течении и подходах к терапии синдрома Стивенса-Джонсона.

Материалы и методы исследования

Анализ научной литературы.

Результаты и обсуждение

Причинами развития синдрома Стивенса-Джонсона являются лекарственные средства, инфекционные агенты, онкологические заболевания. Идиопатический синдром Стивенса-Джонсона диагностируется в 25–50 % случаев [4]. Синдром Стивенса-Джонсона характеризуется наличием продромального периода, который длится от 1 до 14 дней и характеризуется лихорадкой, общей слабостью, кашлем, болью в горле, головной болью, артралгией. Иногда отмечается рвота и диарея. Поражение кожи и слизистых развивается стремительно, обычно через 4–6 дней, может локализоваться где

угодно, но более характерны симметричные высыпания на разгибательных поверхностях предплечий, голеней, тыла кистей и стоп, лице, половых органах, на слизистых оболочках. Появляются отечные, четко отграниченные, уплощенные папулы розово-красного цвета округлой формы, диаметром от нескольких миллиметров до 2–5 см. На губах, щеках, небе возникают разлитая эритема, пузыри, эрозивные участки, покрытые желтовато-серым налетом. После вскрытия крупных пузырей на коже и слизистых оболочках образуются сплошные кровоточащие болезненные очаги. Высыпания сопровождаются жжением и зудом. Эрозивное поражение слизистых оболочек мочеполовой системы может осложняться стриктурами уретры у мужчин, кровотечениями из мочевого пузыря и вульвовагинитами у женщин. При поражении глаз наблюдаются блефароконъюнктивит, иридоциклит, которые могут привести к потере зрения. Из общих симптомов характерны лихорадка, головная боль и боль в суставах. К прогностически неблагоприятным факторам при синдроме Стивенса-Джонсона относятся: возраст старше 40 лет, быстро прогрессирующее течение, тахикардия с частотой сердечных сокращений более 120 ударов в минуту, начальная площадь эпидермального поражения более 10 %, гипергликемия более 14 ммоль/л. Летальность при синдроме Стивенса-Джонсона составляет 3–15 % [4]. При поражении слизистых оболочек внутренних органов могут формироваться стеноз пищевода, сужение мочевыводящих путей. Слепота вследствие вторичного тяжелого кератита регистрируется у 3–10 % больных [4].

Лечение синдрома Стивенса-Джонсона необходимо проводить в условиях реанимационного отделения. Основные мероприятия направлены на коррекцию гиповолемии, проведение неспецифической дезинтоксикации, предотвращение развития осложнений, в первую очередь инфекций, а также исключение повторного воздействия аллергена. Необходимо отменить все лекарственные препараты, за исключением тех, которые необходимы пациенту по жизненным показаниям. Назначаются:

- гипоаллергенная диета (жидкая и протертая пища, обильное питье; парентеральное питание у тяжелых больных);
- интенсивная инфузионная терапия (растворы электролитов, солевые растворы, плазмозамещающие растворы), объем около 6000 мл/сут;
- системные глюкокортикостероиды (суточная доза в перерасчете на преднизолон внутривенно 60–240 мг/сут);
- мероприятия по профилактике бактериальных осложнений: специально созданные стерильные условия открытым способом (отдельная палата, подогретый воздух);
- обработка кожи, которая проводится как при ожогах; в случае экссудативного компонента кожу необходимо подсушивать и дезинфицировать растворами (солевые растворы, 3 % раствор перекиси водорода и др.), по мере эпителизации растворы постепенно могут быть заменены на кремы и мази. При вторичном инфицировании применяются комбинированные мази (кортикостероидные плюс антибактериальные и/или противогрибковые). Одежда больного должна быть изготовлена из мягких хлопчатобумажных тканей, должна быть свободной;
- обработка слизистых оболочек глаз 6 раз в сутки;
- обработка полости рта после каждого приема пищи;
- обработка слизистых оболочек мочеполовой системы 3–4 раза в день (дезинфицирующими растворами, солкосериловой мазью, глюкокортикоидной мазью и др.);
- антибактериальные препараты с учетом результатов бактериологического исследования при наличии инфекции кожных покровов и мочевого тракта для предотвращения развития бактериемии. Категорически запрещено использование антибиотиков пенициллинового ряда;
- при кожном зуде и для предотвращения повторных аллергических проявлений, связанных с выбросом новых порций гистамина, применяются антигистаминные препараты, предпочтительнее II и III поколения;
- симптоматическая терапия, особенно анальгетики строго по показаниям.

Профилактика развития лекарственной аллергии включает соблюдение следующих правил. Пациенту постоянно напоминают, что принимать лекарственные средства следует только по назначению врача. Больному выдают памятку по непереносимости лекарственных средств, направляют на консультацию к аллергологу или клиническому иммунологу. Следует вести тщательный сбор и анализ фармакологического анамнеза.

На титульном листе амбулаторной и (или) стационарной карты следует указывать лекарство, вызвавшее аллергию, реакцию, ее вид и дату реакции. Нельзя назначать лекарственное средство (и комбинированные препараты, его содержащие), которое ранее вызывало аллергическую реакцию. Не следует назначать лекарственное средство, относящееся к одной химической группе с лекарством-аллергеном, учитывая возможность развития перекрестной аллергии. Необходимо избегать назначения одновременно многих медикаментов. Следует строго соблюдать инструкцию по методике введения лекарственного средства. Назначать дозы лекарственных средств, в соответствии с возрастом, массой тела больного и учетом сопутствующей патологии.

Выводы

1. Синдром Стивенса-Джонсона — крайне тяжелое заболевание, с которым может встретиться врач любой специальности, необходимо правильно оценить тяжесть состояния пациента.

2. Синдром Стивенса-Джонсона требует незамедлительной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адашкевич, В. П.* Инфекции, передаваемые половым путем: рук-во для врачей / В. П. Адашкевич. — М., 2002. — 416 с.
2. Дифференциальная диагностика кожных болезней: рук-во для врачей / Б. А. Беренбейн [и др.]; под ред. Б. А. Беренбейн. — М.: Медицина, 1989. — 672 с.
3. *Козин, В. М.* Дерматология: учеб. пособие / В. М. Козин. — Минск: Выш. шк., 1999. — 304 с.
4. *Верткин, А. Л.* Синдром Стивенса-Джонсона / А. Л. Верткин, А. В. Дадыкина // Лечащий врач. — 2006. — № 94.

УДК 616.314-091-092.9:613.65

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗУБОВ ПОТОМСТВА КРЫС ПРИ МАТЕРИНСКОЙ ГИПОКИНЕЗИИ

Баранова М. С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Г. И. Губина-Вакулик

Учреждение образования

«Харьковский национальный медицинский университет»

г. Харьков, Украина

Введение

Ограничение двигательной активности — один из важных факторов риска снижения резервов здоровья. Гипокинезия относится к числу наиболее актуальных проблем современного общества, поскольку наблюдается снижение нагрузки на опорно-двигательный аппарат, длительное пребывание в помещениях малого объема, вообще малоподвижный образ жизни. Малоподвижный образ жизни часто свойственен современным беременным женщинам [1]. Никакой информации о влиянии гипокинезии матери на состояние зубов у потомков в изученной научной литературе не обнаружено.

Целью данного фрагмента работы является изучение в эксперименте на крысах влияния гипокинезии матери на макроскопические и микроскопические изменения зубов у их потомков — трехмесячных крысят.

Материалы и методы

Эксперимент проводили на крысах линии Вистар, содержащихся в стандартных условиях вивария. В эксперименте участвовало 12 самок. Они были разделены на 2 груп-