**УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Москва

12 апреля 2023 г.

**Москва
2023**

УДК 616.1/9
ББК 53 / 57
Т 299

DOI: 10.48612/cgma/1nd1-bbn7-hgag

Составители:
Вдовина И.В., Хоммятов М.Р.

Рецензенты:
Ахапкин Роман Витальевич – заместитель директора по научной работе Московского научного исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент
Бархатова Александра Николаевна – руководитель отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «НЦПЗ», доктор медицинских наук

Т 299 **Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием** / сост. И.В. Вдовина, М.Р. Хоммятов; Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации (12 апреля 2023 г.; г. Москва). - М.:ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2023. – 184 с.
ISBN 978-5-6046704-3-9.

Аннотация

Данный сборник включает в себя тезисы докладов молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» и других высших медицинских учебных заведений Российской Федерации на научно-практической конференции, состоявшейся 12 апреля 2023 г. в г. Москве. Материалы конференции освещают современные проблемы в области диагностики и лечения внутренних болезней, оториноларингологии, анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, стоматологии, психиатрии, психотерапии, неврологии и др.

Материалы конференции будут интересны для широкого круга медицинских специалистов.

Утверждено и рекомендовано к печати Ученым советом ФГБУ ДПО «ЦГМА» (протокол от 25.05.2023 № 3)
УДК 616.1/9

ББК 53 / 57

ISBN 978-5-6046704-3-9

© Авторы, 2023.
© Составление. Вдовина И.В., Хоммятов М.Р., 2023.
© Оформление. ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2023

Оглавление

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ. СЕКЦИИ 1-3 ..... *8*

Ансимов М.А., Кочерева Е.Д. *Биохимические маркеры депрессии* *8*

Атаев Д.А., Дудкин Е.О., Самушия М.А. *Биполярное расстройство и наркомания* *11*

Балыбина Н.А. *Наша модификация пластического инфратурбинального доступа* *14*

Бирюков А.А., Бунева В.Е., Самушия М.А., Вдовина И.В. *Коронавирусная инфекция как потенциальный триггер формирования синдрома раздраженного кишечника* *15*

Бородаенко П.А., Поткин С.Б., Зубарев А.В. *Диагностические возможности новых ультразвуковых методик в оценке васкуляризации образований почек* *17*

Борчининов А.Е. , Вдовина И.В. , Денисов Д.Б. , Крыжановский С.М. Самушия М.А. , Хоммятов М.Р. *Реабилитационный потенциал архитектурно-ландшафтных компонентов психиатрических медицинских организаций* *19*

Гайдаш М.И. *Обзор клинического случая "менингоэнцефалит сочетанной этиологии"* *21*

Гордиенко Е.С. *Применение телемедицинских технологий при ведении пациентов с острой и хронической патологией.* *23*

Ельсова А.В., Бирюков А.А., Самушия М.А., Вдовина И.В. *Психопатология при синдроме раздраженного кишечника* *24*

Иванов Р.А. *Вопросы выживаемости и эффективности биологической терапии в лечении псориаза у детей* *26*

Иневатова В.С. *Хронический рефлюкс-гастрит: особенности диагностики и лечения* *28*

Калита Е. В., Ситникова А.В. Самушия М.А. *Психогенные кожные высыпания у пациентки с пограничным расстройством личности (описание клинического случая)* *30*

Козлова Е.А., Литвинов Н.И. *Зеркальная терапия в реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения* *302*

Колпаков Е. А., Гордиенко Е. В. *Специфические маркеры нейровоспаления и их роль в развитии психической патологии у пациентов с COVID-19* *34*

Кудрявцева Н.А., Чорбинская С.А. *Клинические проявления инфекции COVID-19 у долгожителей* *36*

Майоров Р. Ю. *Терапевтический комплекс для лечения пациентов с онихомикозом* *38*

Макина А.С., Кочергина М.С., Самушия М.А. *Стресс-зависимые нарушения менструального цикла (СНМЦ). Клинический случай.* *40*

Маркелов К.М. *Профилактика послеоперационных осложнений: роль интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких* *44*

Марченко В.Ю. *Обзор клинического случая серонегативного оптиконейромиелита на фоне приема глюкокортикостероидов* *47*

Миронова Е.В., Гажонова В.Е., Зубарев А.В. *Искусственный интеллект в ультразвуковом исследовании молочных желез* *49*

Мусаев И.Э. *Нарушение мочеиспускания у больных раком предстательной железы после хирургического лечения* *51*
Никитина А.Д., Гаджикулиева М.М. *Клинико-морфологические варианты поражения почек у пациентов с ВИЧ-инфекцией* *53*
Овчинникова М.А. *Обзор клинического случая менингиомы* *55*
Рамазанова З.Ш. *Оценка эффективности тонзиллэктомии при рецидивирующем тонзиллофарингите у детей с ювенильным ревматоидным артритом, получающих иммуносупрессивную терапию* *57*
Садовская А.В., Любишева А.Г., Самушия М.А. *Депрессия с явлениями невротической ипохондрии. Клинический случай ипохондрической депрессии у личности драматического кластера* *59*
Сатинова М.А. *Особенности течения аутоиммунного пангастрита. Клинический случай.* *62*
Светухина М.В., Кудрявцева Н.А., Чорбинская С.А. *Диарея у пациентов с COVID-19* *64*
Сеничкина А.А., Савина Н.М., Ломакин Н.В. *Причины декомпенсации сердечной недостаточности у пациентов различных клинических групп* *66*
Сырысева А.Ю. *Клиническая и патоморфологическая семиотика иммуноопосредованных реакций кожи на иммунотерапию опухолей* *68*
ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ. СЕКЦИИ 4-6 ..... *70*
Акимочкина Л.А. *Периоперационная нутритивная поддержка как способ ускоренной реабилитации пациентов при хирургических вмешательствах в полости рта* *70*
Андреев Д.И., Петров А.А. *Динамическое изучение показателей микроциркуляции в тканях пародонта после использования ополаскивателей с различными лечебно-профилактическими компонентами в комплексе проведения профессиональной гигиены полости рта* *72*
Арустамов Х.А. *Клинико-рентгенологическая характеристика патоморфологического разнообразия окклюзионно-суставных соотношений* *74*
Арчаков К.А. *Изучение ферментного состава десневой жидкости зубов при использовании различных пломбировочных материалов* *76*
Афанасьева Я.И. *Особенности морфофункционального состояния ВНЧС у лиц с нормальной окклюзией при различных типах роста лицевого черепа* *78*
Барсукова Н.В. *Воспроизводимость морфометрических показателей микрокристаллизации ротовой жидкости при одонтогенных воспалительно-деструктивных процессах челюстно-лицевой области* *80*
Берро Ф., Редько Н.А. *Морфометрические изменения верхних дыхательных путей и функции носового дыхания у больных после проведении ортогнатических операций* *82*
Блинов М.С. *Алгометрический мониторинг профиля боли при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани* *84*

Ваулина Д.С., Редько Н.А. *Реабилитация пациентов с отсутствием зубов с опорой на дентальные имплантаты, установленные по навигационным хирургическим шаблонам. Хирургический этап.* *86*
Вехбе Х.Т. *Дентальная имплантация у пациентов с синдромом Шегрена* *88*
Габидуллина В.Р., Цициашвили А.М., Заборовский А.В. *Изучение степени выраженности клинических проявлений в послеоперационном периоде у пациентов при дентальной имплантации с назначением однократной профилактической дозы защищенных пенициллинов* *90*
Гаранина Л.А. *Выбор стратегии стоматологического вмешательства у пациентов с расстройством аутистического спектра* *92*
Гнатюк Н.Д. *Моделирование критического костного дефекта с целью оценки остеокондуктивных свойств материала на основе коллагенового гидрогеля* *94*
Грошев Е.Ю. *Коррекция чувствительных нарушений при травматическом повреждении лицевого нерва с помощью аурикулярной электрорефлексотерапии* *96*
Голубец С.Е. *Возраст и пол, как важные прогностические признаки геморрагических осложнений у пациентов с челюстно-лицевой патологией* *98*
Демин Я.С. *Разработка алгоритма диагностики у пациентов с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава* *100*
Емельянова В.М., Бояринова И.Р. *Современный подход при лечении эктодермальной дисплазии у детей младшего возраста* *102*
Жидков Р.А. *Анатомические предпосылки использования жирового тела щеки для устранения ороантрального соустья* *103*
Залесская Т.И. *Клиническое обоснование применения цифровых технологий при лечении КДАТ* *104*
Кадиев А.А. *Комплексный подход к диагностике и планированию дентальной имплантации у женщин в климактерическом периоде* *106*
Казарян А.А., Волков А.А. *Применение остеопластических материалов на основе октакальциевого фосфата* *108*
Калеканова А.В. *Методы диагностики заболеваний слюнных желез* *110*
Качанова В.А. *Особенности выбора донорской зоны при пластике рецессии десны* *112*
Козлова И.В. *Исследования in vitro физико-химические свойств минеральных триоксидных агрегатных материалов* *114*
Коновалова Т.А. *Динамика цитокинового профиля паротидного секрета у пациентов с сиаладенозами и H.pylori-инфекцией на этапах эрадикационного лечения* *116*
Крат М.И. *Изменение площади суставной щели височно-нижнечелюстного сустава как решающий фактор развития его патологии* *118*
Кривенцева В.А. *Исследование краевой адаптации твердых тканей зуба при пломбировании разогретыми композитами* *120*

Крылова Д.А. *Сравнительный гистоморфометрический анализ мягких тканей, полученных в результате применения коллагенового матрикса и соединительнотканного трансплантата в области дентальных имплантатов* *122*
Лабуз З.С. *Результаты применения неинвазивной герметизации фиссур зубов в отдалённые сроки различными стоматологическими пломбировочными материалами.* *124*
Латиф А.Р. *Лабораторные исследования влияния изменения атмосферного давления на механическую прочность реставраций зубов из композитных материалов* *126*
Ле Т.Х., Редько Н.А. *Аугментация альвеолярного гребня челюстей с применением аутогенного дентинного блока* *128*
Лисина М.А. *Использование нелинейной динамической системы для составления фазового портрета микроциркуляторного русла пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа* *130*
Лисица Я.С. *Эффективность применения репозиционной сплинт-терапии на примере клинического случая* *132*
Лысков Н.В. *Методика оценки степени тяжести течения альвеолита челюстей* *134*
Мелиев Д.И. *Использование индивидуальных эндопротезов при лечении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава* *136*
Миннахметова Д.Р., Эштиева А.А., Дмитриева И.В. *Дистракционный остеогенез при трансверзальных аномалиях челюстей* *138*
Мирзоян А.А. *Особенности работы хирурга стоматолога с учётом эргономики при удалении зубов* *140*
Михайлова А.Е., Митронин Ю.А. *Определение биосовместимости современных силеров с периапикальными тканями зуба в условиях эксперимента in vivo* *142*
Морозова А.А., Петросян В.И. *Сравнительная оценка положения мыщелкового отростка нижней челюсти в процессе сплинт-терапии* *144*
Нелипа С.А., Ильгияева И.И. *Функциональная диагностика. Индивидуализация лечения пациентов с миофасциальной дисфункцией в челюстно-лицевой области* *146*
Нестеров В.Д., Дондоков А.Ю. *Обзор методов немедикаментозной коррекции психоэмоционального состояния потенциально применимых для реабилитации пациентов с парафункцией жевательных мышц* *148*
Османов П.Г., Озден К.А. *Применение неабляционного фракционного лазерного фототермолиза у пациентов с дефицитом кератинизированной десны* *150*
Петров А.А. *Экспериментальное изучение динамики структуры ротовой полости лабораторных животных при различных видах курения* *152*
Петухова А.И., Шевлакова А.В. *Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей с ревматическими заболеваниями с применением иммуностимулирующего препарата* *154*

Полещук Е.В., Ковалевский А.М. *Сахарный диабет и поражения слизистой оболочки полости рта* *156*
Руда О.Р. *Актуальность изучения состава и свойств универсальных адгезивных систем в стоматологии* *158*
Рудакова А.М. *Оценка показателей слюноотделения у пациентов с дисфункцией ВНЧС, предъявляющих жалобы, характерные для явлений непереносимости материалов зубных протезов* *160*
Румянцев И.Д. *Разработка стоматологического типодонта для совершенствования мануальных навыков в ортодонтической практике* *162*
Савинова Е.А., Соколова Е.А. *Влияние жевательного табака СНЮСа на состояние полости рта подростков* *164*
Саврасова Е.В. *Обоснование выбора техники протравливания при применении универсальной адгезивной системы* *166*
Серебров К.Д. *Методы очистки и дезинфекции съемных протезов* *168*
Скакунов Я.И., Редько Н.А. *Применение запатентованной методики проведения открытого синус-лифтинга при перфорациях слизистой верхнечелюстной пазухи* *169*
Слижикова Е.Ю. *Вирусный фактор в развитии слюннокаменной болезни* *171*
Смолянина Ю.А. *Влияние функциональной миофренулопластики языка на течение синдрома обструктивного апноэ сна у взрослых* *173*
Фидарова К.Б. *Совершенствование ретенционных термопластических капп с использованием наноматериалов* *174*
Флерьянович М.С. *Интегральная оценка лейкоцитарных индексов при фурункулах челюстно-лицевой области* *176*
Фокина А.А., Врачева Д.Н. *Оценка морфофункционального состояния зубочелюстной системы у детей с дистальной окклюзией по данным методов ультразвуковой диагностики* *178*
Хорошева А.М. *Современные средства визуализации начальных форм кариеса зубов* *180*
Чхеидзе С.Г. *Применение дентального наконечника с системой визуализации «ENDOHUB» в стоматологии* *182*

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ. СЕКЦИИ 1-3

Биохимические маркеры депрессии

Ансимов М.А., Кочерева Е.Д.

Ординаторы
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ,
Кафедра психиатрии,
Москва, Российская Федерация
E-mail: flamber1@rambler.ru

На сегодняшний день все большую актуальность приобретает проблема расстройств депрессивного спектра [1–3]. Сходство в феноменологическом аспекте, равно как и клиническая разнородность, депрессивных расстройств, приводят к трудностям в установлении диагноза, особенно при первичном обращении пациента [4–6]. Несмотря на широту применения и общепризнанность традиционных методик диагностики, при работе с ними важную роль играет субъективная оценка состояния пациента как им самим, так и врачом. Таким образом, психиатрия сталкивается с вызовом в поиске новых диагностических подходов, которые сделали бы диагностику аффективных нарушений более точной [7, 8]. Еще в начале 1980 годов, после публикации фундаментальной статьи доктора Бернарда Кэррола, стандартизировавшей тест подавления дексаметазоном (DST) [9] для эндогенной депрессии, появились статьи, сообщающие об открытии анализа крови для диагностики депрессии, однако уже через 6 лет клиническая польза DST в рутинной практике была признана ограниченной [10].

Идея диагностики депрессивных расстройств методом простого анализа крови положила начало многочисленным исследованиям. В 2015 году Bilello JA была предложена панель, состоящая из 9 биомаркеров (альфа-1-антитрипсин, аполипопротеин CIII, мозговой нейротрофический фактор, эпидермальный фактор роста, миелопероксидаза, пролактин, кортизол, резистин, растворимый рецептор фактора некроза опухоли II), связанных с нейротрофическими, метаболическими, воспалительными и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковыми путями, которые, наряду с данными о поле и индексе массы тела (ИМТ), были способны идентифицировать людей с большим депрессивным расстройством (БДР) с точностью более 90%. Теоретическая основа для этого коммерческого теста заключается в том, что 9 биомаркеров на панели связаны с изменениями в ключевых путях, связанных с униполярной депрессией [11-17]. Однако, несмотря на заявленные впечатляющие результаты чувствительности и специфичности теста по итогам воспроизведенного более раннее теста, в котором пол и ИМТ не учитывались (ссылка) и который так же продемонстрировал хорошую чувствительность и специфичность (92% и 81% соответственно) при дифференциации пациентов с БДР от здоровых людей, заметным ограничением обоих исследований является тот факт, что размер выборки невелик (в более раннем исследовании Papakostas GI с соавт. размер выборки составил 36 пациентов с БДР и 43 человека в контрольной группе без депрессии, в исследовании Bilello JA и соавт. было 68 пациентов с БДР и 86 лиц в контрольной группе), что при гетерогенности БДР как категории, дает право сомневаться в достоверности полученных результатов [18].

В дальнейшем разработка диагностических тестов была направлена на поиск специфических маркеров депрессивных расстройств. Так, в 2021 году были опубликованы результаты исследований H. Le-Niculescu и соавт., проводимых в поиске

«биомаркеров настроения», получившие многообещающие результаты. В результате продольного внутрисубъектного проектирования и подходу к экспрессии генов всего генома для обнаружения биомаркеров, которые отслеживали состояние настроения у субъектов, у которых наблюдались диаметральные изменения настроения от низкого до высокого от посещения к посещению, и дальнейшей оценки полученных биомаркеров как мишеней существующей психофармакотерапии, проверки полученных данных в когорте субъектов с клинически тяжелой депрессией (по шкале депрессии Гамильтона) - было выявлено 12 потенциальных маркеров депрессии с самыми убедительными доказательствами отслеживания и прогнозирования течения расстройства на всех этапах: NRG1, DOCK10, GLS, PRPS1, TMEM161B, GLO1, FANCF, HNRNPDL, CD47, OLFM1, SMAD7 и SLC6A4. По данным исследований, эти панели биомаркеров имеют практическое значение для различения депрессии и биполярного расстройства. [19]. Непрекращающиеся изучение и поиск различных диагностических комплексов, основанных на биомаркерах депрессивных расстройств, ставят перед собой цель не только снизить вероятность неверной субъективной оценки состояния пациента, но также дать толчок к новому витку развития психофармакотерапии, индивидуализировать терапевтический подход к каждому конкретному пациенту.

Литература

1. Антропов ЮА, Антропов АЮ, Незнанов НГ. Основы диагностики психических расстройств. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 384 с.
2. Краснов ВН. Расстройства аффективного спектра. Москва: Практическая медицина; 2011. 432 с.
3. Torres IJ, DeFreitas VG, DeFreitas CM, et al. Neurocognitive functioning in patients with bipolar I disorder recently recovered from a first manic episode. J Clin Psychiatry. 2010 Sep;71(9):1234-42. doi: 10.4088/JCP.08m04997yel. Epub 2010 Mar 23.
4. Гурович ИЯ, Узбеков МГ. К пониманию биомаркеров психических расстройств. Социальная и клиническая психиатрия. 2015;25(3):80-3.
5. Дубинина ЕЕ, Мазо ГЭ, Щедрина ЛВ. Основные биохимические аспекты патогенеза депрессии. Психическое здоровье. 2017;15(7):26-7.
6. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry. 2014 Feb;13(1):28-35. doi: 10.1002/wps.20087
7. Шамрей ВК, Марченко АА, Курасов ЕС. Современные подходы к объективизации диагностики психических расстройств. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2018;(4):38-44.
8. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. Am J Psychiatry. 2010 Jul;167(7):748-51. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379 16. Клюшник ТП, Сиряченко ТМ, С
9. Carroll BJ, Feinberg M, Greden JF, et al. A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia: standardization, validation, and clinical utility. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(1):15-22
10. The APA Task Force on Laboratory Tests in Psychiatry. The dexamethasone suppression test: an overview of its current status in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1987;144(10):1253-1262
11. Papakostas GI, Shelton RC, Kinrys G, et al. Assessment of a multi-assay, serum-based biological diagnostic test for major depressive disorder: a pilot and replication study. *Mol Psychiatry*. 2013;18(3):332-339.
12. Smith KM, Renshaw PF, Bilello JA. The diagnosis of depression: current and emerging methods. *Compr Psychiatry*. 2013;54(1):1-6.

13. Shelton RC. The molecular neurobiology of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(1):1-11.

14. Kenis G, Maes M. Effects of antidepressants on the production of cytokines. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2002;5(4):401- 412.

15. Maes M. Major depression and activation of the inflammatory response system. In: Dantzer R, Wollman EE, Yirmiya R, eds. *Cytokines, Stress and Depression*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999:25-46

16 - hu CB, Blakely RD, Hewlett WA. The proinflammatory cytokines interleukin-1beta and tumor necrosis factor-alpha activate serotonin transporters. *Neuropsychopharmacology*. 2006;31(10):2121-2131.

17. Tichomirowa MA, Keck ME, Schneider HJ, et al. Endocrine disturbances in depression. *J Endocrinol Invest*. 2005;28(3):89-99.

18. Anthony J. Rothschild, J Clin Psychiatry 2015;76(2):e218-e219

19. Le-Niculescu, H., Roseberry, K., Gill, S.S. et al. Precision medicine for mood disorders: objective assessment, risk prediction, pharmacogenomics, and repurposed drugs. Mol Psychiatry **26**, 2776–2804 (2021).

Биполярное расстройство и наркомания

Атаев Д.А.[1], Дудкин Е.О.[2], Самушия М.А.[3]

[1,2]клинический ординатор, [3]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой
ФГПУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ
Кафедра психиатрии
Москва, Российская Федерация
E-mail: [1] danialataev22@gmail.com, [2] egor_dudkin97@mail.ru, [3] sma-psychiatry@mail.ru

На сегодняшний день в России от 1 до 4% населения страдает биполярным аффективным расстройством, из которых почти половина имеют коморбидные расстройства, связанные с приемом ПАВ, что значимо снижает эффективность терапии и ухудшает прогнозы течения БАР [1]. Злоупотребление ПАВ у биполярных пациентов ускоряет смену фаз, увеличивает частоту смешанных состояний, повышает риски резистентности к психофармакотерапии [2].

Далее представлен клинический случай пациентки Н. с диагнозом БАР и расстройством, связанным с употреблением ПАВ. Пациентка N., 20 лет. Психопатологический анамнез отягощен завершенным суицидом бабки по линии матери, алкоголизмом деда по линии матери. Мать страдает рекуррентным депрессивным расстройством. Родилась, в срок от нормально протекавшей беременности. По характеру в дошкольные годы отличалась капризностью, эмоциональностью. Mens с 12 лет. В возрасте 13 лет ухудшилась успеваемость, со слов пациентки стала испытывать сложности в концентрации внимания, не могла заставить себя заниматься уроками более 30 мин. Изменилась по характеру: стала более раздражительной, агрессивной, вступала в драки со сверстниками. Появились четкие перепады в настроении, которые происходили неожиданно, без видимой причины. В течение 2-3х дней могла испытывать подавленность, чувство отчаяния и уныние, окружающее становилось «тусклым», возникало чувство «собственной измененности», усиливалась раздражительность, гневливость. Такие периоды сопровождались отсутствием энергии, снижался аппетит, нарушался сон. Состояния сниженного настроения сменялись периодами повышенного настроение длительностью до 1 дня, когда пациентка становилась чрезмерно оптимистичной, испытывала эйфорию, отмечала прилив энергии, была говорливой, в компании сверстников распивала спиртные напитки. Впервые употребила ПАВ (мефедрон) в возрасте 16 лет в компании сверстников. На фоне приема мефедрона в дальнейшем испытывала психоэмоциональный подъем, сексуальное возбуждение, на фоне наркотического опьянения вступала в сексуальные отношения с несколькими партнерами. На следующий день после приема мефедрона чувствовала себя уставшей, пропускала школу, отказывалась с кем-либо общаться, большую часть суток спала. В последующие 2-3 дня после приема ПАВ испытывала выраженную тревогу, отмечалась неусидчивость, повышенная двигательная активность, которая реализовывалась в нецеленаправленной и непродуктивной активности: переставляла мебель в комнате, перекладывала одежду в шкафу и т.п. В дальнейшем в течение недели чувствовала спад настроения, снижение когнитивных функций, возникали симптомы деперсонализации/дереализации, нарушался сон, снижался аппетит. Частота приема мефедрона последующие 2 года 1 раз в 1-2 месяца. После приема возникала клишированная симптоматика, описанная выше. Периоды эутимии после приема ПАВ могли длиться до нескольких недель, в дальнейшем могли возникать эпизоды повышенного настроения, не связанные с употреблением ПАВ, когда пациентка становилась деятельной, активнее проявляла себя в школе, становилась общительной. Впервые госпитализирована в ПКБ по СМП в возрасте 19 лет, когда после очередного

приема мефедрона стала агрессивной: дралась, кусалась, угрожала расправой в случае отказа от вступления с ней в сексуальные отношения. Соседями по квартире вызвана полиция. Госпитализирована недобровольно. В стационаре поставлен диагноз “биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании”. Получала терапию галоперидолом, литием и феназепамом с положительной динамикой. Была выписана через 3 недели на поддерживающей терапии литием и кветиапином, которые перестала регулярно принимать через месяц после выписки. С 19 лет употребление ПАВ стало носить более систематический характер, в среднем каждую неделю. С увеличением частоты употребления гипоманиакальные и маникальные фазы приобретали все более смешанный характер, смена циклов стала происходить чаще, фазы могли сменяться в течение нескольких часов, депрессивные эпизоды протекали по типу “тоскливой депрессии”, маниакальные фазы достигали психотического уровня со скачкой идей и бреда величия.

Обсуждение: у пациентки дебют аффективного расстройства совпадает с пубертатным возрастом (13 лет) с формированием депрессивных и гипоманиакальных аффективных фаз. В дальнейшем при формировании зависимости от ПАВ картина аффективных фаз усложняется с формированием маниакальных фаз с психотической симптоматикой. В представленном случае диагностика аффективного расстройства произошла спустя 6 лет, на фоне осложнения зависимостью от ПАВ. Данный случай подчеркивает значимость ранней диагностики биполярного расстройства, особенно у подростков, что возможно, предотвратит развитие вторичных коморбидных заболеваний, в том числе злоупотребление алкоголем и/или другими психоактивными веществами [4]. О предшествующей гипомании/мании следует систематически спрашивать у всех пациентов с депрессией или тревогой, особенно в случае начала заболевания в препубертатном и пубертатном возрасте. В среднем треть пациентов, госпитализированных с униполярной депрессией, впоследствии переносят гипоманиакальное/маниакальное состояние [6]. О биполярном расстройстве могут свидетельствовать следующие два и более гипоманиакальных/маниакальных симптома во время депрессии: повышенная говорливость/напористость речи; реактивность настроения; «скачка» идей; повышенная отвлекаемость; импульсивность; высокие достижения [3]. Следует также обратить внимание на предмет наличия аффективных патологий в семейном анамнезе пациентов [5].

Заключение: Сочетание БАР с зависимостью от ПАВ представляет значительные трудности в диагностике и терапии, что приводит к ухудшению прогноза течения коморбидной патологии. Зависимость от ПАВ дестабилизирует ритмический рисунок БАР, провоцируя появление смешанных эпизодов, приводит к значительным проблемам в комплаентности и, как следствие, повышает риск суицида. Значимость ранней диагностики БАР и разработка эффективных методов лечения и реабилитации пациентов с коборбидной патологией, связанной с патологическими зависимостями, подтверждается данными многочисленных исследований и требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2001 Aug;3(4):181-8. PMID: 11552957

2. Шарова Е.Н., and Злоказова М.В. "Феноменологические особенности психических расстройств от современных «Дизайнерских» наркотиков" Практическая медицина, vol. 2, no. 1 (102), 2017, pp. 23-25.

3. Rios, A. C., Noto, M. N., Rizzo, L. B., Mansur, R., Martins Jr., F. E., Grassi-Oliveira, R., Correll, C. U., & Brietzke, E. (2015). Early stages of bipolar disorder: characterization and

strategies for early intervention. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *37*(4), 343–349. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-162

4. Колягин В.В., Колягина В.В. Биполярное аффективное расстройство с коморбидными психическими расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ //Коморбидность аффективных и аддиктивных расстройств: Материалы региональной Байкальской конференции. – Иркутск, 2014. – С.7-8.

5. Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, McMurrich S, Grandin L, Nierenberg AA. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. Biol Psychiatry. 2005 Oct 1;58(7):554-61. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.06.010. Epub 2005 Aug 22. PMID: 16112654.

6. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. Am J Psychiatry. 2001 Aug;158(8):1265-70. doi: 10.1176/appi.ajp.158.8.1265. PMID: 11481161.

Наша модификация пластического инфратурбинального доступа

Балыбина Н.А.

Ординатор кафедры оториноларингологии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E–mail: natbalybina@gmail.com

Методика доступа к верхнечелюстной пазухе известна давно. Еще более сотни лет назад ее описал М. Халле, по мнению которого доступ к ней должен осуществляться через нижний носовой ход. - [1]. Однако, в начале 21 века появились данные о том, что этот доступ более травматичный и менее физиологичный, чем через естественное соустье верхнечелюстной пазухи в среднем носовом ходе [2]. В наше время, считается целесообразным применение инфратурбинального доступа при отсутствии изменений со стороны остиомеатального комплекса и локализации патологического процесса в базальных отделах пазухи [3]. Также ряд авторов отмечает следующие преимущества доступа к верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход: простота хирургической техники, хороший обзор операционного поля, незначительная кровопотеря, минимальные нарушения функции носа в послеоперационном периоде [4]. Однако, техника классического доступа через нижний носовой ход травматична для слизистой оболочки и костной ткани медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, в связи с чем необходимо разработать щадящую технику данного метода хирургического лечения.

Целью нашего исследования является разработка наиболее щадящей, функционально обоснованной и при этом эффективной техники пластического инфратурбинального доступа к верхнечелюстной пазухе. В представленной серии клинических случаев подробно описана техника разработанной нами модификации пластического инфратурбинального доступа. На данный момент анализ отдаленных результатов применения данной техники, основанный на оценке параметров обзора базальных отделов верхнечелюстной пазухи, а также функциональных параметров полости носа в послеоперационном периоде, позволяет сделать предварительные выводы об эффективности разработанной техники.

Литература

1. Halle M. Externe oder interne Operation der Nebenhöhleneiterungen. Berl Klin Wocherschr 1906; 43:1369-72, 1407

2. A.I. Moral, M. E. Kunkel, K. Tingelhoff, M. Rilk, I. Wagner, K. W.G. Eichhorn, F. Bootz and F. M. Wahl. 3D Endoscopic Approach for Endonasal Sinus Surgery. Proceedings of the 29th Annual International Conference of the IEEE EMBS Cité Internationale, Lyon, France. August 23-26, 2007.

3. Карпищенко С.А., Баранская С.В. Малоинвазивный доступ к верхнечелюстной пазухе. // Практическая медицина. ‘2 (87) июнь 2015 г., Том 2.

Банашек-Мещерякова Т.В., Семенов Ф.В. Сравнительный анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстных пазух. Российская ринология. 2017;25(4):9-12.

Коронавирусная инфекция как потенциальный триггер формирования синдрома раздраженного кишечника

Бирюков А.А.[1], Бунева В.Е.[2], Самушия М.А.[3], Вдовина И.В.[4]

[1] врач-психиатр ФГБУ «Поликлиника № 1»
Управления делами Президента Российской Федерации
[2] врач-гастроэнтеролог ФГБУ «Поликлиника № 1»
Управления делами Президента Российской Федерации
[3] д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ
[4] к.п.н., доцент, начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, доцент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ,
г. Москва, Российская Федерация
E-mail: alex_bir@bk.ru

Одной из существенных проблем в период стабилизации пандемии COVID-19 становится группа пациентов с постинфекционными осложнениями, также описываемыми как длительный COVID-синдром или постковидный синдром. Эти пациенты испытывают множество неврологических, респираторных, сердечно-сосудистых, психоневрологических и желудочно-кишечных симптомов, которые сохраняются в течение 4 недель и более с момента первоначального диагноза [1]. По данным ряда исследований в среднем каждый третий пациент сообщает как минимум об 1 новом желудочно-кишечном симптоме через 6 месяцев после заражения COVID-19, причем наиболее распространенными жалобами являются изжога, запор, диарея и боль в животе [2]. Среди пациентов с болью в животе чуть менее половины (30-40%) соответствуют диагнозу синдрома раздраженного кишечника (СРК) в соответствие с Римскими критериями IV. Кроме того, инфекцию COVID-19 связывают с ухудшением тяжести ранее существовавших симптомов СРК [3]. В дополнение к СРК в спектре гастроинтестинальных постинфекционных осложнений могут возникать другие функциональные расстройства ЖКТ de novo, такие как функциональная диспепсия, изжога, боль в груди и дисфагия. Инфекционный гастроэнтерит является установленным фактором риска развития нарушений оси взаимодействия кишечник-мозг, играющей значимую роль в патогенезе постинфекционного СРК. Предположительно за счёт потенциального механизма проникновения и последующей репликации вируса SARS-CoV-2 в энтероцитах путём связывания с ангиотензинпревращающим ферментом 2 типа [4], осуществляется изменения гомеостаза кишечника, опосредованно регулируются свойства эпителиального барьера, модулируется парацеллюлярный транспорт ионов. Действительно, современные научные данные свидетельствуют и подтверждают, что АПФ2 непосредственно участвует как в воспалении и иммуномодулировании, так и в патофизиологии СРК, поскольку способствует модуляции неспецифического воспаления в энтеральных нервных сплетениях. На сегодняшний день в гастроэнтерологии активно обсуждается вопрос в отношении дифференциальных подходов к лечению и диагностике СРК и других функциональных расстройств ЖКТ постинфекционного и неинфекционного (идиопатический вариант) генеза, а также роль коморбидной психической патологии в патогенезе этих функциональных нарушений. Изучение пациентов с функциональными расстройствами ЖКТ, возникшими в постинфекционном периоде новой коронавирусной инфекции, и сравнение этой группы больных с функциональными расстройства ЖКТ неинфекционного генеза позволит разработать дифференциальные методы подходов к

диагностике и терапии этих расстройств, изучить прогнозы течения различных форм СРК.

Литература

1. W.W. Chan, M.Grover The COVID-19 Pandemic and Post-Infection Irritable Bowel Syndrome: What Lies Ahead for Gastroenterologists //SARS-CoV-2. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022 Oct; 20(10): 2195–2197.

2. Blackett J.W., Wainberg M., Elkind M.S.V., et al. Potential long coronavirus disease 2019 gastrointestinal symptoms 6 months after coronavirus infection are associated with mental health symptoms. Gastroenterology. 2022;162:648–650.

3. Y. R. Nobel, M. Phipps, et al. Gastrointestinal Symptoms and Coronavirus Disease 2019: A Case-Control Study From the United States Gastroenterology. 2020 Jul; 159(1): 373–375.

4. Azer SA. COVID-19: pathophysiology, diagnosis, complications and investigational therapeutics. New Microbes New Infect 2020;

Диагностические возможности новых ультразвуковых методик в оценке васкуляризации образований почек

Бородаенко П.А.[1], Поткин С.Б.[2], Зубарев А.В.[3]

[1]Аспирант
[2]Ассистент, к.м.н.
[3]Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E–mail: borodaenko2182@mail.ru

Современная диагностика объемных образований почек приобрела особую актуальность вследствие неуклонного роста заболеваемости раком почки и трудности дифференцировки простых кист и кистозных форм рака. [1].

К основным диагностическим признакам злокачественного образования почки при проведении ультразвукового исследования относили наличие гипоэхогенного / гиперэхогенного, солидного или кистозно-солидного, васкуляризированного образования, неоднородной структуры. При ультразвуковой оценке микрокровотока учитывали наличие или отсутствие его в образовании, архитектонику и количество мелких сосудов в центре и по периферии. Данные каждого из режимов ультразвукового сканирования (SMI и B-Flow) сравнили между собой. Кистозные образования почек классифицировались по шкале BOSNIAK, доброкачественные BOSNIAK I-IIF, злокачественные BOSNIAK III-IV.

После проведения ультразвукового исследования у 4 (36,3%, n=11) пациентов был выставлен предварительный диагноз сложная киста почки и у 7 пациентов (63,7%, n=11) солидное образование почки. В серошкальном режиме с использованием ЦДК у пациентов с диагнозом сложная киста почки кровоток в образовании определялся в 1 (25%, n=4) случае, при оценке микрокровотока по SMI или B-Flow кровоток был зафиксирован у 4 (100%, n=4) обследуемых. У пациентов с предварительным диагнозом солидное образование почки были получены следующие результаты: при ЦДК кровоток определялся у 4 (57,1%, n=7) пациентов, при оценке микрокровотока SMI и B-Flow кровоток определялся у 6 (85,7%, n=7) пациентов. В последующем всем пациентам были проведены контрастное ультразвуковое исследование и МСКТ с контрастированием. По результатам которых были получены данные о характере кровотока, включая микрокровоток: в образованиях почек у пациентов с подозрением на сложную кисту почки в 3 (75%, n=4) случаях и ,в свою очередь, у пациентов с подозрением на солидное образование почки в 7 (100%, n=7) случаях.

Комплексная оценка полученных результатов при исследовании микрокровотока по данным SMI и B-Flow, с учетом данных контрастного ультразвукового исследования и контрастного МСКТ исследования характеризовалась 1 ложноположительным результатом у пациента с кистозным образованием почек.

Таким образом, использование новых методик оценки микрокровотока SMI и B-Flow обладает высокой чувствительностью при оценке васкуляризации образований почек. По результатам гистологического исследования: почечно-клеточный рак был диагностирован у 5 пациентов, онкоцитома почки у 1 пациента, сложные кисты (BOSNIAK III-IV) у 4 пациентов и у 1 пациента была диагносцирована ангиомиолипома.

Использование новых методик оценки микрокровотока SMI и B-Flow продемонстрировали большую информативность в оценке васкуляризации объемных образовании почек, незначительно уступая методикам с использованием контрастных

препаратов. Простота проведения, отсутствие необходимости применения контрастного препарата, также высокая информативность позволяют рекомендовать данные методики к использованию в диагностическом алгоритме обследования пациентов с подозрением на объемное образование почек.

Литература

1. Зубарев А.В., Гажонова В.Е., Сальникова С.В., Иванов С.Е. Контрастная эхография в дифференциальной диагностике кистозных образований почек //Кремлевская медицина. Клинический вестник. №4(2), 2018 / doi: 10.23269/vr77-be11

Реабилитационный потенциал архитектурно-ландшафтных компонентов психиатрических медицинских организаций

Борчининов А.Е.[1] , Вдовина И.В.[2] , Денисов Д.Б.[3] , Крыжановский С.М.[4] Самушия М.А.[5] , Хоммятов М.Р.[6]

[1]Ординатор кафедры психиатрии
[2]начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, к.пед.н, доцент
[3]к.м.н., заведующий отделением медицинской экспертизы и обработки информации, ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации,
[4]к.м.н., доцент кафедры неврологии
[5]д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии,
[6]специалист 1 категории отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований.
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E-mail: aleksejborcininov@gmail.com

В настоящее время пациенты с психическими расстройствами относятся к одной из наиболее социально уязвимых групп населения, так как, согласно статистике, 12% от общего числа всех случаев утраты трудоспособности составляет именно данный контингент больных [1]. Это обуславливает высокую значимость комплексного реабилитационного лечения, связанное с восстановлением и улучшением социального функционирования для повышения качества жизни и социальной интеграции больных с психиатрической патологией. В связи с этим состояние современной реабилитации в последнее время сильно видоизменилось: наряду с привычными поддерживающими методами (правильно подобранная фармакотерапия, психотерапия, ЛФК и др.) все больше внимания уделяется рациональной организации архитектурно-ландшафтных компонентов психиатрических ЛПУ с момента их проектирования [2].

В работе представлены данные литературы, посвященные различным методам и видам проектирования психиатрических учреждений с перспективой на улучшение лечебного и реабилитационного потенциала больниц.

В ходе анализа литературы было выявлено, что для улучшения состояния современных психиатрических учреждений наиболее подходящей концепцией является CHIMES, разработанная V. Bird и соавт. [3,4] и включающая в себя основные векторы развития современных представлений о лечебном и реабилитационном потенциале дизайна помещений и внебольничного пространства психиатрических учреждений: связь (connection), надежда (hope), идентичность (identity), осмысленность (meaningfulness) и расширение прав и возможностей (empowerment), безопасность (safety). Данная концепция поможет создать благоприятную среду для укрепления чувства собственного достоинства, уверенности, ощущения контроля выполняемой деятельности, сохранить культурную идентичность, что способствует поддержке мотивации в лечении, а также скорейшему улучшению психического состояния пациентов и сократить время их пребывания в стационаре [5].

Таким образом, проблема отражения современных представлений о рациональной организации пространства в стенах психиатрических учреждений является очень актуальной, поскольку, верно, построенный ландшафтный дизайн больницы будет позитивно влиять на психоэмоциональное состояние пациентов, что поспособствует скорейшему выздоровлению и благоприятной реабилитации.

Литература

1. Краснов ВН. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике. РМЖ. 2001;25:1187 Krasnov VN. Psihiatricheskie rasstrojstva v obshchej medicinskoj praktike. RMZH. 2001;25:1187. (In Russ.).
2. Matanova V, Gradev D, Marinov A, Sapundzhieva K, Karabelyova S, Mitev K, Yonkova K, Cholakova M, Georgiev L. (2018). Lichnostni I sotsialni aspekti na psihichnoto zdrave. V: Gradev, D., Marinov, A. Sapundzhieva, K., Karabelyova, S., Mitev, K., Yonkova, K., Matanova, V., Cholakova, M., Georgiev, L. *Pogled pred sebesi. Lichnata mrezha na obshtuvane*. 2018: 198-224.
3. Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Fit for Purpose? Validation of a Conceptual Framework for Personal Recovery with Current Mental Health Consumers. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2014;48: 644–653. DOI: 10.1177/0004867413520046.
4. Jenkin G, McIntosh J, Every-Palmer S. Fit for What Purpose? Exploring Bicultural Frameworks for the Architectural Design of Acute Mental Health Facilities. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021;18:23-43. DOI:10.3390/ijerph18052343
5. Neduˇcin D, Krklješ M, Kurtovi´c-Foli´c N. Hospital Outdoor Spaces: Therapeutic Benefits and Design Considerations. *Facta Univ. Ser. Archit. Civ. Eng.* 2010;8:293–305. DOI:10.2298/FUACE1003293N

Обзор клинического случая “менингоэнцефалит сочетанной этиологии”

Гайдаш М.И.

Ординатор кафедры неврологии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E-mail: gaydash_maksim@mail.ru

Введение

В клинической практике нередко встречаются случаи, вызывающие сложности при определении их этиологии и, как следствие, назначении патогенетически обоснованной терапии. В нескольких исследованиях изучалась роль туберкулеза (ТБ) и реактивации ЦМВ или их синергических эффектов [1]. Сообщаем о случае менингоэнцефалита смешанной этиологии (M. Tuberculosis + ЦМВ). В этом отчете о случае будут обсуждаться возможные сложности дифференциального диагноза, а также рассмотрен вопрос о корректности проведения терапии глюкокортикостероидами в отношении пациента с менингоэнцефалитом неясной этиологии.

Клинический случай

Пациентка М. 65 лет. С 26.01.23, со слов родственников, появилось "недомогание", с постепенным нарастанием, появилась сонливость, походка стала замедленной, стала путать и забывать слова, плохо слышать, снизилась памяти на текущие события.

К врачу впервые обратились 01.02.23г., консультирована неврологом. На МРТ г/м с контрастом от 03.02.23. - нельзя исключить менингоэнцефалит.

07.02.23 обратилась "самотёком" в приемное отделение терапевтического корпуса ЦКБ с поликлиникой УДП РФ, при поступлении жалобы на головную боль, нарушение памяти, сонливость, шаткость походки, впервые зафиксировано повышение Т до 37.4°С, в анамнезе у пациентки туберкулез легких, выполнено МРТ головного мозга с в/в контрастированием: МР-признаки менингоэнцефалита с преобладанием в левых отделах головного мозга, мозжечке.

Осмотрена неврологом: пациентка полностью ориентирована, ригидность затылочных мышц, отмечает снижение слуха, умеренная атаксия ходьбы, в остальном без особенностей, выполнена люмбальная пункция, в анализе ликвора отмечалось снижение глюкозы и хлоридов, повышенное содержание лимфоцитов, нейтрофилов, белка и повышенный цитоз, ДНК МБТ - результат отрицательный.

На фоне начатой антибактерильной терапии цефтриаксоном, противовирусной терапии ацикловиром - состояние пациентки без значимой динамики.

В связи с ухудшением течения заболевания добавлен дексаметазон 24мг/сут с 9.02.23, со значимым положительным эффектом в виде снижения цитоза ликвора, уменьшения постуральных и когнитивных нарушений. При повторном проведении МРТ головного мозга от 17.02.23 - положительная динамика.

С 1.03.23 переведена на 4 мг/сут дексаметазона - состояние стабильное без отрицательной динамики.

3.03.23 получен положительный результат ПЦР ликвора на МБТ и ЦМВ.

Заключение

На примере данной пациентки, в очередной раз подтверждаются многочисленные данные о том, что вне зависимости от чувствительности, проводимого исследования на наличие в ликворе МБТ, обнаружить возбудителя удается лишь в 10-20%. [2] Но, если все тесты отрицательны и сохраняется клиническое подозрение на ТБ, следует получить новый образец СМЖ для повторного тестирования. [3] Ведь достоверный диагноз «Туберкулезный менингит» может быть выставлен только при выделении

M. tuberculosis или ее ДНК из ликвора. [4] Поскольку в рамках данного случае, не могла быть назначена специфическая терапия, без подтверждённого диагноза, по указанным выше причинам, но состояние пациента ухудшалось, было принято решение о назначении дексаметазона. В нашем случае пациентка получала короткий курс гормональной терапии, что положительно сказалось на ее состоянии, при этом развитие в следствие проводимого лечения стероидного туберкулёза считаем маловероятным. Но допускаем, что проведенная терапия могла способствовать повышению количества МБТ в ликворе, на фоне уже развившегося менингоэнцефалита, что в конечном итоге послужило причиной положительного ДНК теста.

На всем протяжении госпитализации у пациента в анализе крови наблюдались отрицательные результаты в отношение IgM, но положительные на IgG, что указывает на перенесенную ранее ЦМВ-инфекцию. Предполагаем, что вирусная реактивация произошла на фоне иммуносупрессии от терапии ГКС и/или острого заболевания (туберкулезный менингоэнцефалит). Через поврежденный ранее МБТ гематоэнцефалический барьер ЦМВ гематогенным путем был занесен в ЦНС, что в конечном итоге привело к ЦМВ-энцефалиту. Подтверждение диагноза было достигнуто с помощью обнаружения вирусной ДНК в ликворе. [1]

Литература

1. Narvaneni S, Tagliaferri AR, Reid RJ, Horani G, Maroules M. A Case of Cytomegalovirus Encephalitis in Cluster of Differentiation Four Cell Counts Greater Than 50. Cureus. 2021 Oct 6;13(10):e18550. doi: 10.7759/cureus.18550. PMID: 34754694; PMCID: PMC8570985
2. Перельман М.И., Корякина В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия: Учебник – 3-е изд., 2004. – 520с.
3. Diagnostic tools to tackle infectious causes of encephalitis and meningoencephalitis in immunocompetent adults in Europe M. Schibler G. Eperon A. Kenfak A. Lascano M.I. Vargas J.P. Stahl Open ArchivePublished:January 14, 2019 DOI:https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.12.035
4. Хронические нейроинфекции 2017 Под ред. Завалишина И.А., Спирина Н.Н., Бойко А.Н., 2011. 560 с.

Применение телемедицинских технологий при ведении пациентов с острой и хронической патологией.

Гордиенко Е.С.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней и профилактической медицины
Москва, Российская Федерация
E–mail: katya5151@yandex.ru

Введение: на сегодняшний день современную медицину тяжело представить без цифровых решений. Одним из ключевых цифровых решений в системе «врач-пациент» является телемедицина [1]. При помощи телемедицинских технологий осуществляется передача информации между медицинскими учреждениями всей страны, оказание помощи пациентам, находящимся на расстоянии, с целью диагностики, лечения, консультации, профилактики заболеваний и осложнений, непрерывного обучения медицинского персонала и улучшения качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями в интересах улучшения здоровья населения и развития профессиональных сообществ [2,5].

Цель: изучить опыт использования телемедицины для диагностики и лечения пациентов с острыми и хроническим патологиями.

Результаты: Опыт использования телемедицинских технологий в практической деятельности врача помогает снизить риски наступления осложнений при острых патологиях, при своевременном контроле помогает избежать обострения хронических заболеваний, позволяет улучшить качество жизни пациентов, в особенности для маломобильных, находящихся в удаленных пунктах пациентов [4].

Выводы: Телемедицинские консультации являются неоспоримо перспективным направлением в современном мире, но их развитие не должно становиться самоцелью. Необходимо целесообразно подходить к каждому конкретному случаю и использовать телемедицинские технологии как инструмент для повышения качества и доступности медицинской помощи, в профилактических мерах для предупреждения развития осложнений или обострений у пациентов, для непрерывного ведения пациента при необходимости [3].

Ключевые слова: телемедицина, телемедицинские консультации, телемедицинские технологии, цифровые решения, доступность, медицинские консультации, улучшение качество жизни пациентов, удаленные консультации.

Литература

1. Для получения информации проведен обзор наиболее релевантных исследований, расположенных в базах PubMed, Medscape, Scopus, elibrary, ScienceDirect;
2. Бойцов, С. А. Методика проведения дистанционного диспансерного наблюдения: методические рекомендации / С. А. Бойцов, Д. С. Комков, А. В. Вальденберг, Е. И. Ровкина [и др.]. – Москва: Изд-во ФГБУ «ГНИЦПМ», 2016. – 31 с.;
3. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on Health. Global Observatory for Health Series, Telemedicine. Geneva.WHO Global Observatory for Health;
4. Телемедицина в современной системе здравоохранения. Bulletin of Medical Internet Conferences. Инновационная медицина России в начале XXI столетия. 2016; 6: Issue 1; 5. Федоров В.Ф. Персональная телемедицина 1ая Международная конференция «Телемедицина и дистанционное образование», 2006.

Психопатология при синдроме раздраженного кишечника

Ельсова А.В.[1], Бирюков А.А.[2], Самушия М.А.[3], Вдовина И.В.[4]

[1] клинический ординатор, кафедра психиатрии
[2] врач-психиатр психиатрического отделения ФГБУ «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации,
[3] д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ
[4] к.п.н., доцент, начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, доцент кафедры психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, г. Москва
E-mail: alex_bir@bk.ru

Синдром раздраженного кишечника (СРК), относимый к функциональным расстройствам ЖКТ, в значительной мере негативно отражается на качестве жизни больных, ведет к трудовой и социальной дезадаптации. СРК — это болезненное состояние, ассоциированное со значительным психологическими дистрессом, и, как правило, сочетающееся с теми или иными психическими расстройствами (от 54% до 94%) [1,2]. В большинстве случаев манифестации симптомов СРК предрасполагают ранее предшествующие психосоциальные стресс-факторы [3-5, 6-7], сопровождающиеся развитием тревожных расстройств, выступающих в качестве основных причин повышения показателя висцеральной гиперчувствительности - ключевого патогенетического фактора СРК [1,5,6,8]. Дополнительное изучение распространенности сопутствующих психических патологий и коррелятов риска СРК в общей популяции подтвердило значительную коморбидность тревожным расстройствам, таким как генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство [2,9,10,11]. Распространенность симптомов СРК у пациентов с психической патологией варьирует от 25 до 44% [11-12]. Имеются указания на значительную распространенность среди пациентов с СРК симптомов депрессивного спектра, представленных чаще всего в рамках рекуррентного депрессивного расстройства [2], процентная доля которых по разным данным колеблется в пределах от 30 до 80%. [13-15]. Установлено, что вероятность манифестации СРК повышает наличие у больного тяжелых симптомов депрессии [16]. Выраженность сопутствующих психических расстройств, в особенности тревожно-депрессивного спектра, находятся в прямой корреляционной связи с тяжестью течения СРК [1-2,6-7,16]. При этом наиболее высокие значения дистресса, исходного уровня тревоги и депрессии являются главными предикторами рефрактерного течения СРК [1,17]. Помимо всего, стоит отметить, что доля психиатрических пациентов с установленным диагнозом шизофрении и имеющимися у них симптомами СРК, составляет по меньшей мере от 17 до 19 %. [11-12]. Таким образом, с учётом широкого круга коморбидных психических расстройств, с точки зрения современной биопсихосоциальной модели патогенеза СРК, важной задачей, способной значительно улучшить качество жизни пациента и благоприятно повлиять на течение заболевания, является своевременная диагностика и лечение имеющейся психической патологии, что также обуславливает необходимость привлечения к терапевтическму процессу врача-психиатра.

Литература

1. Mayer EA, Craske MG, Naliboff BD: Depression, anxiety and the gastrointestinal system. J Clin Psychiatry 2001;
2. Singh P, Agnihotri A, Pathak MK, Shirazi A, Tiwari RP, Sreenivas V, Sagar R, Makharia GK: Psychiatric, somatic and other functional gastrointestinal disorders in patients with irritable bowel syndrome at a tertiary care center. J Neurogastroenterol Motil 2012;
3. Stasi C, Bellini M, Bassotti G, Blandizzi C, Milani S: Serotonin receptors and their role in the pathophysiology and therapy of irritable bowel syndrome. Tech Coloproctol 2014;
4. Surdea-Blaga T, Băban A, Dumitrascu DL: Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol 2012;
5. Posserud I, Ersryd A, Simrén M: Functional findings in irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol 2006;
6. Qin HY, Cheng CW, Tang XD, Bian ZX. «Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol» 2014;
7. Е.А. Полуэктова, А.А. Курбатова, Г.Е. Рупчев, А.А. Шептулин, В.Т. Ивашкин «Роль эмоциональных расстройств, личностных особенностей и нарушения интрацептивных ощущений в формировании соматических симптомов у больных с синдромом раздраженного кишечника»;
8. Степанов Ю.М., Будзак И.Я. «Роль висцеральной гиперчувствительности в развитии синдрома раздраженного кишечника» Gastroenterology 2018;
9. Kaplan DS, Masand PS, Gupta S: The relationship of irritable bowel syndrome (IBS) and panic disorder. Ann Clin Psychiatry 1996;
10. Lydiard RB: Increased prevalence of functional gastrointestinal disorders in panic disorder: clinical and theoretical implications. CNS Spectr 2005;
11. Mihaela Fadgyas-Stanculete, Ana-Maria Buga, Aurel Popa-Wagner, and Dan L Dumitrascu «The relationship between irritable bowel syndrome and psychiatric disorders: from molecular changes to clinical manifestations";
12. Amir Garakani 1, Terrance Win, Subhdeep Virk, Sanjay Gupta, David Kaplan, Prakash S Masand «Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review» 2003;
13. Мнацаканян М.Г.» Синдром раздраженного кишечника: особенности клинического течения, психовегетативного статуса, диагностические критерии и подходы к терапии» 2017;
14. Mohammad Zamani, Shaghayegh Alizadeh Tabari, Vahid Zamani «Systematic review with meta- analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome» 2019;
15. Е.Е. Горячева «структура депрессивных расстройств у пациентов с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта», ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»;
16. Muhammad Nazirul Mubin Aziz, Jaya Kumar, Khairul Najmi Muhammad Nawawi, Raja Affendi Raja Ali, Norfilza M Mokhtar «Irritable Bowel Syndrome, Depression, and Neurodegeneration: A Bidirectional Communication from Gut to Brain" 2021;
17. Тихонова Т.А. «Предикторы рефрактерного течения синдрома раздраженного кишечника.» Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2018;

Вопросы выживаемости и эффективности биологической терапии в лечении псориаза у детей

Иванов Р.А.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: isxiks@gmail.com

Псориаз представляет собой хроническое системное иммуновоспалительное заболевание, поражающее кожу, ее придатки, суставы и другие органы. Приблизительно 3% населения всего земного шара страдают данной патологией [1]. В одной трети всех случаев псориаз начинается в детском возрасте, сопровождается развитием различных коморбидных состояний и значимым снижением качества жизни ребенка [2]. Кроме того, анализ опубликованных за последние 50 лет эпидемиологических данных указывает на увеличение показателя заболеваемости псориазом у детей более чем в два раза [3].

В настоящее время в лечении детей, страдающих псориазом, все чаще применяют генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Назначение биологической терапии является наиболее эффективной стратегией и жизненно необходимо при тяжелом и среднетяжелом течении заболевания, зачастую осложненного наличием коморбидных патологий. Назначаются ГИБП на длительный срок, поскольку достижение ремиссии не гарантирует ее сохранения после отмены лечения. Также существуют проблемы развития нежелательных явлений, ведущих к отмене используемого препарата, снижения или полной потери клинического ответа на фоне проводимой биологической терапии (вторичная неэффективность), а также недостаточной эффективности биологического агента, констатирующейся в ходе индукционного курса (первичная неэффективность).

Указанные причины рано или поздно встречаются у каждого пациента и неизбежно приводят к необходимости замены биологического препарата. Выбор ГИБП первой и последующих линий терапии в таких случаях остается трудной задачей, поскольку назначаемая терапия должна оставаться максимально эффективной на как можно более продолжительное время. Возможным решением является изучение эффективности различных биологических агентов у детей в зависимости от имеющихся индивидуальных особенностей, наряду с анализом показателя выживаемости биологической терапии (длительность сохранения ответа на терапию). Только благодаря пониманию данных параметров становится возможным долгосрочное и эффективное планирование терапии в каждом конкретном случае.

Проведенное исследование 430 наблюдений (собранных за 8-летний период) получения пациентами возрастом от 4 до 17 лет биологической терапии позволило установить, что лучшие показатели скорости развития эффекта и выраженности снижения индекса PASI (площади и тяжести псориатических поражений, Psoriasis Area and Severity Index) в превалирующем большинстве случаев наблюдались при лечении пациентов детского возраста такими препаратами, как устекинумаб и секукинумаб. Статистически значимая максимальная эффективность, достигаемая за короткий промежуток времени, равный 16 неделям лечения, была наиболее характерна для пациентов, получавших секукинумаб, по сравнению с другими биологическими агентами, рассматриваемыми в рамках исследования (устекинумаб, адалимумаб и этанерцепт). Доля случаев достижения улучшения индекса PASI 100 была также

статистически значимо выше в случаях назначения секукинумаба на 12, 16 и 28 неделях наблюдения: 23,4%, 32,2% и 70,4% наблюдений. При оценке влияния долгосрочной терапии (52 неделя лечения) на тяжесть течения заболевания секукинумаб и устекинумаб демонстрировали одинаковую эффективность и значительно превосходили ингибиторы TNF-a (адалимумаб и этанерцепт). Стоит также отметить, что своевременно (<2 лет после установления диагноза) назначенная биологическая терапия, как правило, связана с лучшей эффективность лечения и большей частотой случаев достижения пациентами улучшения индекса PASI≥90.

Анализ выживаемости продемонстрировал, что наибольшее значение средней выживаемости терапии характерно для лечения устекинумабом – 54,9 месяцев, что статистически значимо выше других изучаемых биологических агентов. Так, для секукинумаба показатель выживаемости соответствовал таковому при лечении адалимумабом и составлял 34 месяца. А наименьший показатель выживаемости был установлен в случае терапии этанерцептом – 26 месяцев. При этом бионаивные пациенты демонстрируют статистически значимо (p<0,001) более выраженное улучшение течения заболевания и более длительную эффективность проводимой им биологической терапии по сравнению с теми, кто уже ранее получал биологические агенты: 56 мес. против 48 мес. для устекинумаба, 36 мес. против 30 мес. для секукинумаба, 33 мес. против 26 мес. для адалимумаба и 27 мес. против 18 мес. для этанерцепта.

Также интересно, что факт отсутствия ответа на индукционный курс ранее применяемого биологического агента может повлиять на эффективность и выживаемость следующей линии терапии, значимо снижая оба параметра. Как и наличие таких статистически значимых (p<0,001) факторов кумулятивного риска наступления неэффективности биологической терапии, как наличие отягощенного семейного анамнеза (HR = 3,861), позднее назначение биологической терапии (>2 лет с момента установления диагноза, HR = 2,987), длительная (>6 мес.) терапия классическими иммуносупрессантами (метотрексат – HR = 2,362; циклоспорин – HR = 3,034;) и высокий индекс массы тела на момент инициации терапии: I (HR = 2,742), II (HR = 3,867) и III (HR = 4,203) степень ожирения.

В целом общая выживаемость биологической терапии у детей со временем неуклонно снижается, а отмена ГИБП в детском возрасте в основном связана с прогрессирующей потерей эффективности (34,7% случаев). На основании полученных результатов можно рекомендовать в качестве препаратов первой линии биологической терапии у детей в лечении тяжелых и среднетяжелых форм вульгарного псориаза препараты устекинумаб и секукинумаб, которые следует назначать в ранние сроки, без длительной предшествующей терапии классическими иммунодепрессантами.

Литература

1. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Europ Acad Dermatol Venereol. 2016;31(2):205–212. doi:10.1111/jdv.13854.
2. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Br J Dermatol. 2010;162(3):633–636. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09593.x.
3. Murzina E. Pediatric Psoriasis: Clinical Features and Course. OAJBS. 2020;1(5):207–209. doi: 10.38125/OAJBS.000147.

Хронический рефлюкс-гастрит: особенности диагностики и лечения

Иневатова В.С.

Соискатель
Кафедра гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России,
Москва, Российская Федерация
Email: vinevatova@mail.ru

Актуальность темы: хронический рефлюкс-гастрит (ХРГ) является одной из форм антрального гастрита, который развивается в результате заброса дуоденального содержимого (желчные кислоты, панкреатические ферменты, лизолецитин) в желудок с повреждением антрального отдела компонентами рефлюктата [1, 2, 3, 4]. Частота этой формы гастрита составляет 7-15 % [5]. В диагностике рефлюкс-гастрита необходимо исключить другие формы антрального гастрита и в первую очередь антральный гастрит, НР-ассоциированный.

Так как основным повреждающим фактором является желчная кислота (а 95-97 % всего пула желчных кислот являются токсичными), то основной целью настоящего исследования явилась оценка эффективности нетоксичных желчных кислот в лечении больных с хроническим (билиарным) рефлюкс-гастритом. Отсутствие токсических эффектов свойственно урсодезоксихолевой кислоте. Терапия препаратами УДХК приводит к замене токсических желчных кислот на нетоксические, УДХК в пуле ЖК становится преобладающей (40-45 % всего пула желчных кислот) [5].

Цель исследования: изучить особенности диагностики и лечения хронического рефлюкс-гастрита.

Материалы и методы

Отбор больных производился с учетом следующих критериев включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 80 лет, страдающие вторичным антральным ХРГ, неассоциированным с НР-инфекцией желудка. Обследование больных: проводились ЭГДС с определением НР в двух биоптатах из пилорического отдела желудка (ПОЖ) (для проведения морфологического исследования с окраской по Гимза одного биоптата и проведения быстрого уреазного теста другого биоптата) и биоптат из тела желудка (ТЖ) (с проведением морфологического исследования с окраской по Гимза), опрос с уточнением клинических проявлений, срока начала болезни и характера ее течения.

Характер лечения: 30 больных получали терапию препаратом УДХК (Гринтерол в дозе 12,5 мг/кг 1-2 раза в сутки после еды) в течение 28 дней (курс). Исследование проводилось как открытое контролируемое.

Результаты исследования: в исследование были включены 30 пациентов, страдавших ХРГ. Лечение Гринтеролом снизило заброс дуоденального содержимого (по примеси желчи) у 70 % больных, что сопровождалось заметной положительной динамикой воспаления в антральном отделе желудка (у 20 воспаление полностью купировано, у 10 перешло в очаговую форму). Это отразилось на состоянии слизистой оболочки в ТЖ (поверхностный гастрит купирован у 33 % больных, а у 67 % — в очаговой форме). В пищеводе и в луковице ДК положительная динамика зафиксирована у 75 % больных.

Заключение

Лечение больных билиарным ХРГ препаратом Гринтерол в суточной дозе 12.5 мг/кг в течение 28 дней оказалось эффективным у 100% больных. Причем у 67 % воспалительные изменения слизистой оболочки были купированы полностью, а у 33 % больных воспаление перешло в очаговую форму. Этот эффект можно связать с использованной терапией,. потому что факт рефлюкса желчи не фиксировался у 75 %

больных, а у больных с сохраненным рефлюксом рефлюктат носил менее агрессивный характер.

Переносимость лечения была вполне удовлетворительной (токсических эффектов не зарегистрировано). Немаловажным итогом лечения явилась положительная динамика со стороны пищевода и ДК, что тоже можно связать с менее агрессивным рефлюксом в пищевод и восстановленной моторикой желудка и ДК.

Литература

1.Минушкин О.И., Зверков И.В. Хронический гастрит // Лечащий врач— 2003, № 5. С. 24-31.

2.Franceshi F., Roccarina D., Gasbarrini A. // Extragastrics manifestations of Helicobacter pylori infection, Minerva Med. 2006:9711):39-45.

3.Ciacci C., Sabbatini F., Cavallaro R., Castiglione F, Di Bella S., Iovino P., Palumbo A., Tortora R., Amuroso D., Mazzaca G. // Helicobacter pylori impairs iron absorbtion in infected indivuduals. Dig liver disease. 2004;36(7):455-60.

4.Pasceri V., Patti G., Cammarota G., Pristipino C., Richichi G., Di Sciascio G. // Virulent Strains of Helicobacter pylori and vascular diseases: a meta-analysis.: Am Heart J. 2006/ 51 (6):I215-22.

5.Malfertheiner P. et al. // Gut — 2016 as 10.1136/gutjnt-2016-312288.

Психогенные кожные высыпания у пациентки с пограничным расстройством личности (описание клинического случая)

Калита Е.В.[1], Ситникова А.В.[2], Самушия М.А.[3]

[1] клинический ординатор 1 год ФГБУ ДАО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва
[2] клинический ординатор 1 год ФГБУ ДАО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва
[3] д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация
E-mail: zkalita@gmail.com

Изучение феномена психогенных кожных высыпаний в рамках динамики пограничного расстройства личности (ПРЛ) актуально в связи с высокой частотой встречаемости самоповреждений и заболеваний кожи в этой группе больных [1]. Частота коморбидности дерматологической и психической патологии составляет в среднем около 30—40% [2,3]. Частота психических расстройств у дерматологических больных, по данным U. Stangier (2002), может варьировать в пределах 15—30% [2,4]. При этом процент коморбидности кожной патологии с патологией расстройства личности наблюдаются у 57% пациентов; с патологией депрессивного спектра (59—77%) и с тревожными расстройствами (6—30%) [2,4,5]. Отдельную группу дерматозов у пациентов с ПРЛ составляют психогенные дерматологические синдромы, манифестирующие в связи с острым или хроническим стрессом, тревогой, депрессией или другой психической патологией. Изучение клиники и динамики психогенных дерматозов у пациентов с пограничным расстройством личности может способствовать разработке эффективной стратегии лечения с учетом коморбидной психической патологии.

Клинический случай: Пациентка А., 22 года, студентка ВУЗа, обследована клинико-психопатологическим методом на базе межклинического психосоматического отделения клинического центра Сеченовского Университета, включающим оценку психосоматического статуса, сбор объективных и субъективных анамнестических сведений, представление анамнеза, клинический разбор.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от второй нормально протекавшей беременности и родов. С раннего детства отмечалась склонность к кожным аллергическим реакциям в ответ на воздействие пищевых аллергенов, следовала строгой диете, по поводу чего родители приняли решение не отдавать в ДДУ. По характеру формировалась демонстративной, вспыльчивой, капризной. В школу пошла в 7 лет, зачастую ссорилась со сверстниками, самостоятельно инициировала конфликты по малозначимым поводам. Менархе в 14 лет, с этого времени стала отмечать кратковременные колебания настроения без витальных признаков, длительностью по несколько дней, с раздражительностью, агрессией по отношению к близким. Интерес к противоположному полу с 15 лет, вступала в многочисленные непродолжительные отношения, отличавшиеся нестабильностью, конфликтами, зачастую была импульсивна, агрессивна, в ссорах демонстративно угрожала суицидом. С 16 лет, на фоне «привычных» интерперсональных конфликтов и стрессогенных ситуаций стала отмечать появление кожных высыпаний, сопровождающихся зудом и самостоятельно редуцировавшихся по разрешении ситуации. Обращалась к дерматологам, назначенные схемы терапии давали лишь частичный нестойкий эффект. В январе 2023 года, во время напряженной экзаменационной сессии в университете, вновь обострились кожные высыпания. По рекомендации дерматолога обратилась к психиатру. *Заключение*

дерматолога: Атопический дерматит. *Разбор*: учитывая доминирующие черты преморбида пациентки (импульсивность с агрессивным поведением и суицидальным шантажом, сплиттинг, интенсивные, но нестойкие отношения и увлечения, аффективный дисбаланс с реактивной лабильностью, наиболее обоснованным будет диагноз пограничного расстройства личности [6,7]. Выявленная отчетливая взаимосвязь кожных высыпаний с психогенными аффективными колебаниями указывает на психосоматическую природу атопического дерматита, а также на транснозологическую коморбидность дерматоза с пограничным расстройством личности [8]. Таким образом, при подборе дерматотропной терапии у пациентов с сопутствующим ПРЛ необходимо учитывать необходимость назначения средств психофармакотерапии и психотерапевтических интервенций для достижения стойкой ремиссии дерматоза.

Литература

1. K Jasch, B Hermes, K Seikowski, W Harth Borderline personality disorder in dermatology Hautarzt 2008 Apr;59(4):304-7. doi: 10.1007/s00105-008-1511-5
2. Тлиш М.М., Карташевская М.И., Бойко Е.О., Зайцева О.Г. Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема. Клиническая дерматология и венерология. 2014;12(2):104‑ 109.
3. Петрова Н.Н., Григорьева Н.С., Савоськин А.Н. Астенические расстройства и их коррекция у пациентов дерматологического профиля. Рус мед журн 2011; 19: 1198—1204.
4. Stangier U. Hautkrankheiten und Koerperdysmorphe Stoerung. HogrefeVerlag 2002
5. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы. Журн неврол и психиатр 2004; 11: 4—13.
6. Borderline personality disorder / F. Leichsenring, E. Leibing, J. Kruse et. al // Lancet (London, England) – 2011. – Т. 377 – № 9759.
7. Смулевич А.Б. «Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии» // МИА- 2012.
8. Psychosomatic factors of atopic dermatitis exacerbation / N. Maksimovic, M. Zaric, S. Bjelica et. al// International Journal of Dermatology – 2018. – Т. 57 – № 9 – С.1080–1084.

Зеркальная терапия в реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

Козлова Е.А.[1], Литвинов Н.И.[2]

[1]врач-невролог, ФГБУ «Клиническая больница №1»
Управления делами Президента РФ, Москва, Российская Федерация
[2]врач-невролог, заведующий неврологическим отделением
для больных с нарушением мозгового кровообращения,
ФГБУ «Клиническая больница №1»
Управления делами Президента РФ
Москва, Российская Федерация
E–mail: elizavetafea@gmail.com

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – одна из главных медико-социальных проблем, которая приводит к высокой инвалидизации больных. Двигательные дефекты высокой степени выраженности мешают пациентам вернуться к повседневной активности и приводят к значительному снижению качества жизни [1][2]. Плохое восстановление функций верхних конечностей – основная проблема, которая мешает пациентам вернуться к профессиональной деятельности и в значительной степени ограничивает повседневную жизнь [3]. Причина плохого восстановления двигательной функции может быть как прямым следствием перенесенного инсульта, так и неадекватной терапевтической и реабилитационной активности в стационаре. Поэтому одна из основных задач неврологического отделения – это ранняя реабилитация [4]. Уже в условиях нейрореанимации возможны многие мероприятия по восстановлению утраченных функций [4]. Одним из таких методов является зеркальная терапия. Данный метод изучается более 20 лет, он основан на функциях зеркальных нейронов, момент активизации которых происходит во время подражания.

Принцип зеркальной терапии заключается в использовании зеркала для создания положительной визуальной обратной связи о движении конечности. Перед проведением данной методики необходим отбор пациентов [5]. Больные, с которыми планируется проведение зеркальной терапии, должны быть когнитивно сохранны, так как во время занятий необходима длительная фокусировка внимания и выполнение упражнений. Также должны отсутствовать грубые речевые нарушения и нарушения слуха, пациент должен понимать и правильно воспринимать инструкции врача. Так как метод зеркальной терапии основан на создании искусственной зрительной обратной связи, то при отборе пациентов, еще одним важным фактором является сохранность зрения [6]. Перед началом упражнений пациенту необходимо дать время представить, что отражение в зеркале – это его вторая рука. Во время проведения зеркальной терапии больной должен быть максимально сконцентрирован на процедуре. Отражение в зеркале должно совпадать с восприятием пораженной конечности, здоровая и паретичная рука должны располагаться в одинаковых позициях, чтобы усилить реалистичность и когда пациент сообщит, что ощущает отраженную конечность как собственную, можно приступать к выполнению упражнений [1] [5]. Длительность сеанса зависит от состояния пациента, начинать следует с 10-минутного занятия и если когнитивные возможности и общее состояние пациента позволяет, то продолжительность процедуры увеличивается, но не должна превышать 30 минут [9].

Естественная склонность мозга отдавать предпочтение визуальной обратной связи делает зеркальную терапию мощным методом реабилитации. Клинические исследования, в которых зеркальная терапия сочеталась с другими методами, достигли наиболее положительных результатов [9]. Однако данных относительно эффективности зеркальной терапии в качестве монотерапии на данный момент нет. Поэтому данный

метод используется в качестве дополнительной терапии в реабилитации больных, перенесших инсульт [7].

Литература

1. Fong K. N. et al. Mirror therapy with bilateral arm training for hemiplegic upper extremity motor functions in patients with chronic stroke //Hong Kong Med J. – 2019. – Т. 25. – №. Suppl 3. – С. 30-4.
2. Левин О. С., Боголепова А. Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 11. – С. 99-107.
3. Thieme H. et al. Mirror therapy for improving motor function after stroke //Cochrane database of systematic reviews. – 2012. – №. 3.
4. Coleman E. R. et al. Early rehabilitation after stroke: a narrative review //Current atherosclerosis reports. – 2017. – Т. 19. – №. 12. – С. 1-12.
5. Colomer C., Noe E., Llorens Rodríguez R. Mirror therapy in chronic stroke survivors with severely impaired upper limb function: a randomized controlled trial //European journal of physical and rehabilitation medicine. – 2016. – Т. 52. – №. 3. – С. 271-278.
6. Хатькова С. Е. и др. Особенности коррекции синдрома спастичности у пациентов с очаговыми повреждениями центральной нервной системы //Consilium Medicum. – 2017. – Т. 19. – №. 2-1. – С. 25-30.
7. Назарова М. А., Пирадов М. А., Черникова Л. А. Зрительная обратная связь–зеркальная терапия в нейрореабилитации //Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – Т. 6. – №. 4. – С. 36-41.
8. Ding L. et al. Effects of camera-based mirror visual feedback therapy for patients who had a stroke and the neural mechanisms involved: protocol of a multicentre randomised control study //BMJ open. – 2019. – Т. 9. – №. 3. – С. e022828.
9. Madhoun H. Y. et al. Task-based mirror therapy enhances the upper limb motor function in subacute stroke patients: a randomized control trial //European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. – 2020. – Т. 56. – №. 3. – С. 265-271.

Специфические маркеры нейровоспаления и их роль в развитии психической патологии у пациентов с COVID-19

Колпаков Е. А., Гордиенко Е. В.

Ординаторы кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E-mail: e.kolpakov0055@yandex.ru

Роль маркеров нейровоспаления при психических заболеваниях на данный момент подлежит активному изучению со стороны ученых и клиницистов. Результаты, полученные при лабораторных исследованиях, сопоставляются с клинической картиной психопатологических нарушений. К группе основных нейроспецифических белков, рассматриваемых в качестве кандидатов для диагностики психических расстройств, относятся протеин S100B. По данным ряда исследований в высокой концентрации S100B запускает синтез провоспалительных цитокинов и приводит к апоптозу нейронов [1]. Его повышенный уровень ассоциируется с клиникой заболеваний шизофренического спектра и детским аутизмом [2,3,4]. Ряд авторов предлагают рассматривать его как маркер высокого суицидального риска [5]. В качестве биологических маркеров психических расстройств рассматриваются также отдельные классы острофазныхбелков, в частности, альфа-1-протеазный ингибитор (альфа-1-ПИ) протеолитического фермента лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) (маркер активации нейтрофилов). Повышение этих показателей наблюдается на высоте острого психоза, в то время как при переходе в ремиссию показатели снижаются. В свою очередь, повышение альфа-1-ПИ на фоне низкой активности ЛЭ, указывает на неблагоприятное течение заболевания [6,7].

Целью настоящего исследования было изучение психического состояния у группы пациентов, госпитализированных с COVID-19, определение особенностей изменения лабораторных показателей, и выделение возможной роли процесса нейровоспаления в патогенезе психических расстройств при коронавирусной инфекции. В исследование включались лица мужского и женского пола старше 50 лет, госпитализированные с диагнозом U07.1[8]. Критериями невключения являлись: возраст младше 50 лет, наличие острой онкологической, гематологической патологии, острого периода ОНМК и инфаркта миокарда, нахождение пациента в отделении реанимации. Клиническая оценка состояния пациентов проводилась в форме консилиума с участием психиатра, терапевта, инфекциониста. Лабораторные показатели оценивались в двух контрольных точках: при поступлении в стационар до начала противовирусной и патогенетической терапии основного заболевания и на 6-8 день госпитализации. Исследование проведено сотрудниками ФГБУ ДПО «ЦГМА» на базе ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ. Лабораторная часть исследования проводилась на базе лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». По результатам исследования сформированы следующие клинические группы пациентов по преобладающей психопатологической симптоматике:

1. Лица без выраженных психопатологических нарушений (уровень акцентуаций характера и компенсированных личностных особенностей) - n=23.
2. Лица с аффективными, тревожно-фобическими расстройствами и расстройствами на неблагоприятной органической почве (энцефалопатии без выраженного когнитивного снижения) – n=37.
3. Лица с расстройствами субпсихотического и психотического уровня (расстройства шизофренического спектра, соматогенные психозы) и нейродегенеративными заболеваниями (деменции смешанного генеза) – n=10.

Была проведена оценка лабораторных показателей крови (СРБ, IL-6, ферритин, фибриноген, СОЭ), а также энзиматической активности ЛЭ, альфа-1-ПИ и уровня антител к S100B и основному белку миелина (ОБМ). Проведена кластеризация полученных данных по степени активации иммунного ответа, выделено три ведущих иммунофенотипа:

- Кластер 1: умеренная активация иммунной системы (повышение активности ЛЭ, альфа-1ПИ, СРБ) с наличием аутоиммунного компонента (повышение уровня антител к S100B и ОБМ);
- Кластер 2: значительная активация иммунной системы (повышение активности ЛЭ, альфа-1ПИ, СРБ);
- Кластер 3: значительная активация иммунной системы, с нетипичным изменением показателей (снижение активности ЛЭ при высокой активности других маркеров).

В результате проведенной работы было установлено, что степень активации иммунного ответа ассоциирована с тяжестью психопатологической симптоматики. Так, большая часть пациентов первой клинической группы относилась к наиболее благоприятной иммунногруппе (иммунофенотип 1), в то время как лица с психотическими и субпсихотическими расстройствами имели нетипичную иммунологическую картину, предположительно, характерную для выраженного нарушения проницаемости ГЭБ, трансмиграции нейтрофилов в мозг (иммунофенотип 3). Также, у группы пациентов 3 иммунологического кластера наблюдалась наибольшая отягощенность хроническими заболеваниями, что согласовывается с предположением, что тяжелое инфекционное заболевание и сопутствующая хроническая патология, ассоциированная с процессами нейровоспаления может служить пусковым механизмом для экзацербации психических расстройств [3,9].

Литература

1.Маркелова Е. В., Зенина А. А., Кадыров Р. В. Нейропептиды как маркеры повреждения головного мозга //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 5. – С. 206-206.

2. Голубова Т. Ф. и др. Белок S100B в крови детей с расстройствами аутистического спектра //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2019. – Т. 119. – №. 12. – С. 76-83.

3. Zhai J. et al. Risk variants in the S100B gene, associated with elevated S100B levels, are also associated with visuospatial disability of schizophrenia //Behavioural brain research. – 2011. – Т. 217. – №. 2. – С. 363-368.

4. Al-Ayadhi L. Y., Mostafa G. A. A lack of association between elevated serum levels of S100B protein and autoimmunity in autistic children //Journal of neuroinflammation. – 2012. – Т. 9. – С. 1-8.

5. Falcone T. et al. Serum S100B: a potential biomarker for suicidality in adolescents? //PloS one. – 2010. – Т. 5. – №. 6. – С. e11089.

6. Зозуля С. А. и др. Особенности состояния иммунной системы при эндогенных психических заболеваниях с выраженными аффективными расстройствами //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2011. – Т. 111. – №. 12. – С. 63-67.

7. Зозуля С. А. и др. Иммуновоспалительные маркеры становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2021. – Т. 121. – №. 6. – С. 59-66.

8. Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 16 (18.08.2022)" (утв. Минздравом России).

9. Michetti F. et al. The S100B protein in biological fluids: more than a lifelong biomarker of brain distress //Journal of neurochemistry. – 2012. – Т. 120. – №. 5. – С. 644-659.

Клинические проявления инфекции COVID-19 у долгожителей

Кудрявцева Н.А.[1], Чорбинская С.А.[2]

[1]ассистент кафедры, [2]д.м.н., профессор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента Российской Федерации,
Кафедра семейной медицины и терапии,
Москва, Российская Федерация
E-mail: natalya_kudryavtseva@inbox.ru

С момента вспышки коронавирусной инфекции (COVID-19) в конце 2019 года в Китае, вирус SARS-CoV-2 распространился по всему миру, заразив более 639 млн человек [1]. COVID-19 поражает людей всех возрастных групп. Однако, у пациентов старших возрастных групп может наблюдаться атипичная картина заболевания COVID-19 вследствие сниженной реактивности иммунитета, наличия инволютивных изменений и сопутствующих хронических заболеваний в организме, а симптомы COVID-19 могут быть не выраженными и не соответствовать тяжести заболевания [2,3].

Цель исследования: изучить особенности клинического проявления COVID-19 у долгожителей.

Материалы и методы: проведено одноцентровое ретроспективное исследование 68 историй болезни, отобранных методом сплошной выборки, пациентов с COVID-19, госпитализированных в инфекционные отделения ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ. Результаты качественных признаков выражены в абсолютных числах с указанием долей (%).

Результаты и обсуждения

Средний возраст больных составил 93 года. Мужчин - 47%, женщин – 53%. В основном это были пациенты с нормальной массой тела, индекс массы тела - 24.5. Выздоровели от COVID-19 - 45 человек, умерли – 22 человека.

В среднем пациенты поступали в стационар на 5-е сутки от появления первых симптомов заболевания. При госпитализации большинство заболевших предъявляли жалобы на слабость (98.0%), повышение температуры тела выше 37^0С (76%), причём у большинства пациентов преобладала субфебрильная температура (33%). Кашель был лишь у половины заболевших (51%), одышка у (31%), а вот жалобы на психоэмоциональные расстройства (страх, тревога, лабильность настроения) отмечали 36% больных. На диспепсические нарушения (тошнота, рвота, боли в эпигастрии и диарея) жаловались 20 % заболевших, аносмию - 18%, боль в мышцах – 11%, дискомфорт в груди – 11 % и 9 % заболевших отмечали першение и боль в горле.

У всех заболевших отмечались различные хронические заболевания. Наиболее часто в анамнезе встречались артериальная гипертензия (96%), ишемическая болезнь сердца (98%), хроническая сердечная недостаточность (73%), фибрилляция предсердий (ФП) (47%), заболевания желудка и 12ПК (33%), сахарный диабет (30%), хроническая болезнь почек (27%) и онкологические заболевания (24%).

При госпитализации по результатам КТ у большинства пациентов (64%) поражение лёгочной ткани не превышало 25% (КТ1), показатели сатурации у 67% заболевших были выше 95%. На ЭКГ у 86% заболевших регистрировались различные нарушения сердечного ритма, у 25% из них зарегистрирован пароксизм ФП. В общем и биохимическом анализах крови, обращает на себя внимание лимфоцито- и тромбоцитопения (соответственно медианы 0.96 [0.56;1.24] и 160 [140.25;207.0]), а также повышение уровня Д-димера и ИЛ-6, увеличение СОЭ. У 25% больных отмечалась гипокалиемия и гипокальциемия.

Количество дней госпитализации в среднем составило 16.5 дней. В отделении ОРИТ проходили лечение 53% заболевших. У 45% больных в ходе заболевания COVID-19 возникали различные осложнения. Наиболее частые - острый инфаркт миокарда (ОИМ) (14%), пароксизм ФП (7%), диарея (7%), желудочно-кишечные кровотечения (5%) и артериальные и венозные тромбозы (5%).

Основными причинами смерти больных COVID-19 явились ОРДС - 64%, полиорганная недостаточность – 27% и ОИМ – 14%.

Заключение: из-за наличия большого количества сопутствующих заболеваний долгожители имеют высокий риск развития осложнений и летальных исходов. Поэтому остаётся актуальным дальнейшее изучение особенностей развития клинической картины заболевания, его осложнений и причин летальных исходов у лиц старших возрастных групп, что позволит улучшить эффективность подхода в лечебно-диагностическом алгоритме при COVID-19.

Литература

1. https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019
2. Минздрав РФ. Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" Версия 7 от 03.06. 2020 //URL:http://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/spe-cialists/COVID-19/ MR_COVID-19_v7.pdf. – 2022.
3. Wei C. et al. Clinical characteristics and manifestations in older patients with COVID-19// BMC geriatrics. 2020 vol. 20. number 1 p.1-9.

Терапевтический комплекс для лечения пациентов с онихомикозом

Майоров Р. Ю.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: roman1396@bk.ru

Актуальность исследования. Онихомикоз — это поражение ногтевых пластин при руброфитии, кандидозе, эпидермофитии и недерматофитных плесенях (геофильные и антропофильные грибы); клинически проявляется изменением цвета ногтя (чаще в виде ксантонихии), онихолизисом, онихауксисом, подногтевым гиперкератозом. Известно, что онихомикоз трудно поддается лечению. У системных антимикотических препаратов огромное количество противопоказаний и побочных эффектов. Таким образом, остается крайне актуальным использование в медицинской практике немедикаментозных методов лечения инфекции ногтей. Классические методики лечения грибка часто приводят к неполному излечению и рецидивам, так как не учитывается резистентность грибов к местным и системным антимикотикам, глубина проникновения инфекции (иногда длительно текущий онихомикоз затрагивает костные структуры), выбирается методика монотерапии каким-то одним препаратом, в то время как наиболее эффективным считается комбинация нескольких методов. Фотодинамическая терапия — это неинвазивная методика, в которой используется свет для активации фотосенсибилизирующего агента, применяемого местно или системно, который генерирует активные формы кислорода (АФК), инициирующие разрушение патологических клеток путем некроза или апоптоза. Барофорез — это бесконтактное струйное воздействие на ногтевой аппарат, технология, основанная на применении сверхзвуковой струи. Смешиваясь с газом, раствор формирует газожидкостную сверхзвуковую струю. Под таким мощным воздействием на поверхности ногтевого аппарата образуется «лунка», межклеточные связи разрываются, что приводит к эффекту пилинга. Из ногтевой пластины вымывается мицелий патогенного гриба, а препарат, за счет высокого давления попадает в глубокие слои пораженных тканей.

Цель исследования. Научно обосновать и разработать терапевтический комплекс, включающий фотодинамическую терапию и барофорез антимикотическими препаратами у больных онихомикозом с учетом клинических и лабораторных изменений.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 60 пациентов обоих полов с онихомикозом, разделенные на 3 группы. Во всех 3 группах проводилась терапия местным антимикотиком в виде раствора сертаконазола 2% и подологическая обработка ногтевых пластин алмазными фрезами. Группа 1 - пациенты с онихомикозом, получающие местную терапию и подологическую обработку пораженных ногтевых пластин, 20 человек. Группа 2 пациенты с онихомикозом, получающие комбинированную терапию, состоящую из курса процедур барофореза, местного сертаконазола и подологической обработки ногтевых пластин, 20 человек. Группа 3 - 20 человек, пациенты с онихомикозом, получающие комбинированную терапию в виде местного сертаконазола, подологической обработки ногтевых пластин, барофореза и фотодинамической терапии с фотосенсибилизатором хлорин Е6. До, вовремя и спустя 3 месяца после исследования проводилась оценка динамики индекса КИОТОС.

Результаты и выводы исследования. Во всех группах наблюдалось снижение индекса КИОТОС. Наиболее положительная динамика была в группе 3, удалось достичь снижение индекса до 0 в среднем за 4,5 месяца. Все пациенты хорошо переносили

данный терапевтический комплекс, осложнений после процедуры, кроме незначительного дискомфорта после истончения ногтевой пластины фрезой, не выявлено. Спустя 3 месяца после отмены терапии лабораторное и клиническое излечение от онихомикоза сохранялось. Таким образом, терапевтический комплекс в виде местной терапии препаратом сертаконазол 2%, подологической обработки ногтевых пластин скалером, фотодинамической терапии и барофореза эффективен и безопасен для лечения онихомикоза, а также может послужить хорошей альтернативой пациентам, которым системные антимикотики противопоказаны.

Литература

1. Conrado PCV, Vaine AA, Arita GS, Sakita KM, Gonçalves RS, Caetano W, de Souza M, Baesso ML, Malacarne LC, Razzolini E, Vicente VA, Kioshima ES, de Mendonça PSB. Promising onychomycosis treatment with hypericin-mediated photodynamic therapy: case reports. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2023 Mar 5:103498. doi: 10.1016/j.pdpdt.2023.103498. Epub ahead of print. PMID: 36882144.

2. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL, Barankin B, Leung AAM, Wong AHC. Onychomycosis: An Updated Review. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2020;14(1):32-45. doi: 10.2174/1872213X13666191026090713. PMID: 31738146; PMCID: PMC7509699.

3. Frazier WT, Santiago-Delgado ZM, Stupka KC 2nd. Onychomycosis: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2021 Oct 1;104(4):359-367. PMID: 34652111.

Стресс-зависимые нарушения менструального цикла (СНМЦ). Клинический случай.

Макина А.С.[1], Кочергина М.С.[2], Самушия М.А.[3]

[1,2] Ординаторы кафедры психиатрии
[3]д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E-mail: mashakochergina.98@gmail.com

Хронический стресс как неотъемлемый компонент синдрома мегаполиса встречается чаще у населения женского пола (29%), в основном, у молодых женщин в возрасте от 18 до 24 лет, по данным ВЦИОМ (2019 г.) [1]. В тоже время, доказано, что стресс уменьшает активность репродуктивной системы посредством подавления эффектов воздействия гонадотропин-рилизинг-гормонсекретирующих нейронов (ГнРГ) на гипофиз. При этом, введение экзогенного ГнРГ демонстрирует значимый регресс последствий стресс-индуцированного снижения секреции половых гормонов [2, 6]. В многочисленных источниках литературы документировано значение стресса в генезе аменореи, ановуляции, предменструального синдрома (ПМС); а также негативные последствия стресс-зависимых нарушений менструального цикла (СНМЦ) не только на репродуктивную функцию, но и на увеличение риска развития онкологических заболеваний (рак молочной железы), сердечно- сосудистых (ИБС) и заболеваний опорно-двигательной системы (Berga S.L. et al., 2009; Уварова Е.В., 2014; Балан В.Е., 2018).

Согласно данным исследований в этой области, общей особенностью СНМЦ является наличие не только стрессового фактора риска развития, но и психических (личностных) особенностей, среди которых в первую очередь следует упомянуть тревожные и депрессивные нарушения (Хаджиева Н.Х.,2021; Kayhan F. et al. 2016; Sahin N. et al. 2018). X. Xing и соавт. (2020 г.) показали положительную взаимосвязь нарушений психического здоровья с нерегулярным менструальным циклом у молодых женщин [3]. Женщины с СНМЦ имеют более высокий уровень тревожности, нарушений сна, дисфункциональных установок и алекситимии [5]. Наиболее распространены тревожные расстройства, которые встречаются у ¾ женщин с СНМЦ, депрессивные расстройства менее характерны – у 25,6%, и проявлены преимущественно в легкой форме. Наибольшая частота и выраженность психовегетативных нарушений наблюдается у больных с нарушениями менструального цикла по типу аменореи [4].

Клинический случай

Пациентка Л., *19 лет. Студентка. Не замужем. Наследственность психопатологически не отягощена.*

Пациентка родилась в срок от третьих, нормально протекавших беременности и родов. Росла и развивалась соответственно возрастным нормам, ранний детский период без особенностей. Росла упрямым, ответственным, трудолюбивым ребенком. С детства сформировала привязанность к старшей сестре и матери. В школе с некоторым трудом адаптировалась среди сверстников, была избирательна в выборе приятелей, предпочитала общение в тесном кругу друзей, связь с которыми поддерживает до настоящего времени. В отношении учебных заслуг была придирчива к себе – стремилась проявить свои знания на занятиях, исполнительно относилась к приготовлению уроков, училась в основном на «5» и «4», училась с интересом. Нравилось получать похвалу от учителей в свой адрес, гордилась своими достижениями в учебе.

Menses с 13 лет, безболезненные, цикл установился сразу, появления колебаний настроения не отмечала. В пубертатный период по характеру не менялась.

С отличием окончив 11 классов школы, получив две золотые медали, одномоментно поступила в Московский ВУЗ на очное отделение и в Лондонский ВУЗ на заочную форму обучения. В этот период старшая сестра, с которой пациентка была в близких отношениях, переехала заграницу. В связи с повышенной учебной нагрузкой и переездом старшей сестры начала отмечать признаки психического неблагополучия – снизилось настроение с преобладанием подавленности и плаксивости, нарушился ночной сон с трудностями засыпания и ранними пробуждениями, появились тревожные мысли за будущее, повысилась требовательность к себе. Отмечала потерю аппетита, так, за год потеряла в весе около 10 кг. Возникли размышления самоуничижительного характера. По настоянию матери отчислилась из Московского университета и в январе 2022 года переехала в Лондон для продолжения обучения. Испытывала трудности в адаптации в новом коллективе, близкой дружбы с одногруппниками не сформировала, однако завела несколько знакомых. Каждый день переписывалась и созванивалась с сестрой и школьными подругами. Несмотря на это чувствовала себя одинокой, одолевали тревожные размышления о неопределенности собственного будущего. В этот период впервые отметила задержку менструального цикла, а впоследствии и отсутствие менструаций, по поводу чего в апреле 2022 г. обратилась в ЦКБ к гинекологу-эндокринологу.

Данные объективного исследования: *Рост 165 см, вес 51 кг. ИМТ 18,7 (в пределах нормы). Общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи – без патологии.*

Глюкоза -6,4 ммоль/мл, гликированный гемоглобин – 5,4%, АСТ – 41 Ед/л, АЛТ - 90 Ед/л(2,9ВГН), ЛДГ - 304 Ед/л. Гомоцистеин – 8,04мкмоль/л.

Заключение: *все показатели в пределах референсных значений.*

Показатели гормонального статуса: *Т4 свободный – 11,67, ТТГ– 1,24 мкМЕ/мл, ФСГ – 1,76 мМЕ/мл, 25-ОН витамин D, Суммарный (кальциферол) – 39,7 нг/мл, Пролактин – 190,71 мкМЕ/мл, ГСПГ– 39,5 нмоль/л, Инсулин – 2,18 мкМЕ/мл, АМГ - 4,88 нг/мл, Эстрадиол (Е2) -37,8, Андростендион – 0,99 нг/мл, Тестостерон общий – 0,638 нмоль/л, Тестостерон свободный – 0,0102 нмоль/л, Индекс свободных андрогенов – 1,6 нг/мл, Кортизол – 11,2.*

Заключение: *Показатели в пределах референсных значений. В соматическом состоянии патологии не выявлено.*

УЗИ ОМТ от 2022г: *отсутствие секреторных изменений эндометрия во II фазу цикла. На протяжении всего м.ц. выявляются мелкие (до 4-5 мм) фолликулы, не меняющие своих размеров, отсутствие созревания антральных фолликулов. При инициации доминантного фолликула, его величина медленно нарастает до 10-16 мм, но не достигает предовуляторных размеров.*

Заключение: *гипоплазия эндометрия ановуляторного цикла.*

В сентябре 2022 года по рекомендации лечащего врача обратилась к психотерапевту.с этого периода стала получать психофармакотерапию: пароксетин 40 мг/сут; тералиджен 5 мг/сут.

Психический статус: *выглядит соответственно возрасту. Астенического телосложения, пониженного питания. Волосы чистые, одета опрятно. На руках аккуратный маникюр. Декоративной косметикой пользуется умеренно. Мимические реакции сохранены. Голос громкий, речь интонационно насыщенная, нормальной модальности. Охотно вступает в беседу, на вопросы отвечает подробно, многоречиво, в плане спрошенного. Предъявляет жалобы на тревожные мысли о собственном будущем, безрадостность. Беспокоят мысли о собственной несостоятельности и чувство вины, считает, что не оправдала своих ожиданий. Отмечает нарушения сна с трудностями засыпания и ранними пробуждениями, после сна отдохнувшей себя не чувствует. Жалуется на нарушение менструального цикла в виде отсутствия менструаций, появление которого связывает с психоэмоциональным стрессом,*

вызванным переездом в другую страну и разлукой с близкими. Аппетит снижен, так, со слов пациентки, за последний год потеряла в весе до 10 кг. Суицидальные мысли и намерения отрицает.

На фоне психотерапии, психофармакотерапии в течение 6 месяцев состояние значительно улучшилось: снизилась тревожность, редуцировались тревожные размышления о собственном будущем, идеи самообвинения и самоуничижения, выровнялся фон настроения, нормализовался сон; также, субъективно, со слов пациентки, нормализовался аппетит. Помимо прочего, улучшились показатели УЗИ ОМТ в динамике.

Оценка уровня психосоциального стресса показала умеренную стрессодоступность у пациентки (по шкале Холмса – Рея 150 баллов), умеренную или даже тяжелую тревогу (по шкале Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) – 33 балла). Заключение по итогам прохождения Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI): личностный профиль определяется как психастенический с присущим аналитическим складом ума и склонностью к осознанию своих переживаний через призму пессимистичной оценки своих способностей; выявлен механизм интеллектуальной переработки, направленный на избегание неуспеха.

Обсуждение

В приведенном клиническом наблюдении психическое состояние пациентки определяется реактивная депрессия у личности ананкастного круга. Не в пользу эндогенной природы депрессии свидетельствует манифестация аффективной симптоматики в связи с неблагоприятным воздействием психосоциального стресса, а именно изменением привычного уклада жизни; денотат тревожных переживаний и самообвиняющих идей неразрывно связан с психотравмирующей ситуацией; также отсутствуют нарушения циркадианных ритмов в виде ухудшения состояния в утренние часы и наследственная психопатологическая отягощенность, характерные для депрессий эндогенного круга.

Диагноз: Депрессивный эпизод средней степени тяжести с соматическими симптомами.

Заключение. Диагностика данного заболевания требует более тщательного сбора объективного анамнеза. В рассмотренном случае соматизированные проявления (аменорея) выступают в качестве «соматического фасада», за которым скрываются тревожные, расстройства невротического уровня, алекситимия как триггерный и стрессогенный фактор. Комплексный психосоматический подход к клинической оценке психопатологических расстройств будет способствовать их адекватной диагностике и эффективной терапии.

Литература

1. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Адамян Л.В. Этиологические и патогенетические факторы дисфункции яичников у женщин репродуктивного периода. Проблемы репродукции. 2020;26(6):34–43. https://doi.org/10.17116/repro20202606134

2. Иванова А.О., Ярмолинская М.И., Ткаченко Н.Н., Кондратьева Е.А. Значение нейротрансмиттеров в регуляции функций репродуктивной системы // Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – № 1. – С. 95–108. https://doi.org/10.17816/JOWD69195-108

3. Хаджиева Н.Х., Вознесенская Т.Г., Бурчакова М.Н. Факторы возникновения и негормональная коррекция стресс-зависимых расстройств менструального цикла // Women’s Clinic. 2022; 2: 10–18.

4. Хаджиева Н.Х. Структура, диагностика и лечение стресс-зависимых нарушений менструального цикла. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва. 2021

5. Bonazza F, Politi G, Leone D, Vegni E, Borghi L. Psychological factors in functional hypothalamic amenorrhea: A systematic review and meta-analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2023 Jan 27;14:981491. doi: 10.3389/fendo.2023.981491.

6. Sophie Gibson ME, Fleming N, Zuijdwijk C, Dumont T. Where Have the Periods Gone? The Evaluation and Management of Functional Hypothalamic Amenorrhea. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020 Feb 6;12(Suppl 1):18-27. doi:10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0178.

Профилактика послеоперационных осложнений: роль интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких

Маркелов К.М.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: kira-markelov@yandex.ru

Актуальность. Послеоперационные легочные осложнения (ПОЛО) представляют значительную угрозу для пациентов, перенесших хирургические вмешательства, в существенной степени снижая вероятность благополучного исхода госпитализации, затрудняя адекватную реабилитацию пациентов, увеличивая показатели заболеваемости и смертности пациентов хирургического профиля в послеоперационном периоде. [1, 2] По актуальным данным ПОЛО составляет от 5 до 70 % всех осложнений после перенесенных оперативных вмешательств (ОВ). [3] Предложено трактовать ПОЛО как «совокупность заболеваний легких, которые имеют общие патофизиологические механизмы, в том числе легочный коллапс и контаминацию дыхательных путей». [4] Под ПОЛО подразумевается развитие в послеоперационном периоде ателектазов, пневмонии, острого респираторный дистресс-синдрома и легочной аспирации. [5] Существенное влияние на развитие послеоперационных осложнений оказывает наличие сопутствующих заболеваний, ключевое значение в которых занимают патологии сердечно-сосудистой и респираторной систем. Около 30 % пациентов хирургического профиля имеют сопутствующую кардиальную патологию и около 20% страдают респираторными заболеваниями [6, 7], что значительно увеличивает риски развития нежелательных явлений и неблагоприятного исхода госпитализации. [8]

Цель. Цель исследования заключается в анализе роли интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких (ИППВЛ) в профилактике ПОЛО в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В данное клиническое исследование включено 188 пациентов (средний возраст 63 года±11,09), госпитализированных в стационар для проведения плановых некардиальных хирургических вмешательств (44% хирургического профиля, 36% урологического профиля, 5% гинекологического профиля, 15% травматологического профиля). Респираторная поддержка и процедуры ИППВЛ проводились: в профильном отделении (ПО) до ОВ в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), всего за время госпитализации у каждого пациента проведено 9,25±6,47 сеансов ИППВЛ. Показаниями для проведения ИППВ являлись: острые и хронические заболевания легких в анамнезе, наличие и развитие ателектазов в периоперационном периоде, проведение санации бронхиального дерева при искусственной вентиляции легких (ИВЛ), отлучение от аппарата ИВЛ.

Результаты. Всего в исследование включено 188 пациентов: 143 пациента, имеющих сопутствующие заболевания дыхательной системы и/или сердечно-сосудистые заболевания (I группа), и 45 пациентов без вышеупомянутых патологий (II группа). В I группе пациентов выявлено 35 респираторных осложнений (24%), во II группе - 8 случаев (18%). Полученные результаты коррелируют с литературными данными о влиянии сопутствующих заболеваний на риск развития ПОЛО. Каждая группа в ходе исследования делилась на две подгруппы: в которых проводились сеансы ИППВЛ (подгруппа «ИППВЛ») и применялись стандартные методы респираторной поддержи, такие как ЛФК и физиотерапевтические процедуры (подгруппа «стандартные методы»).

В I группе пациентов в подгруппу «ИППВЛ» включено 76 пациентов, ПОЛО выявлены у 22 пациентов (29%), среди 67 пациентов подгруппы «стандартные методы» у 13 пациентов (19%) выявлены ПОЛО. Во II группе пациентов проведено аналогичное рандомизированное распределение: в подгруппе «ИППВЛ» среди 20 пациентов выявлено 5 случаев развития осложнений (25%), в подгруппе «стандартные методы» среди 25 пациентов выявлено 3 случая развития осложнений (12%). Результаты демонстрируют большую частоту развития ПОЛО в подгруппе ИППВЛ, что объясняется тем фактом, что показанием для проведения сеансов являлось наличие острых или хронических респираторных заболеваний у пациентов, исходно имевших более значимые риски развития осложнений. Процедуры ИППВЛ в обеих группах пациентов проводились до ОВ, в ОРИТ и в ПО после ОВ. В подгруппе «ИППВЛ» I группы до ОВ процедуры были проведены 7 пациентам – выявлено 1 осложнение (14%), в ОРИТ 57 пациентам – выявлено 16 осложнений (28%), в ПО после перевода из ОРИТ 12 пациентам – выявлено 5 осложнений (42%). Во II группе в подгруппе «ИППВЛ» проводились аналогичные процедуры: до ОВ 1 пациенту - выявлено 0 осложнений (0%), в ОРИТ 15 пациентам- выявлено 3 осложнения (20%), после операции в ПО 4 пациентам – 2 осложнения (50%). Выявлены следующие корреляции: чем раньше начато проведение ИППВЛ, тем меньше вероятность развития ПОЛО. Превентивное проведение сеансов ИППВЛ до ОВ позволяет значимо снизить риск возникновения ПОЛО, проведение сеансов ИППВЛ в ОРИТ и в ПО в большей степени отражает факт проведения «лечебных» процедур пациентам, у которых уже развились какие-либо ПОЛО, чем предупреждает их развитие.

Заключение. Предоперационная оценка факторов риска, оптимальное медикаментозное лечение, своевременное проведение ИППВЛ до ОВ способно значительно снизить вероятность развития ПОЛО, ускорить процесс послеоперационного восстановления пациентов и сократить сроки госпитализации в стационаре.

Литература

1. Пасечник И.Н., Мурашко С.С., Маркелов К.М. Послеоперационные легочные осложнения в некардиальной хирургии (обзор литературы). Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021;3: 69-77
2. Котова Д.П., and Шеменкова В.С. "Факторы риска респираторных осложнений у пациентов в периоперационном периоде" Клиницист, vol. 12, no. 3-4, 2018, pp. 15-20.
3. Mark A. Yoder, Sat Sharma, chief editor William A. Schwer, Medscape - Perioperative pulmonary management: e-medicine. Medscape.com/article 284983. [Last updated on 2021 Jan 16].
4. Abbott T. E. F., Fowler A. J., Pelosi P. et al. A systematic review and consensus definitions for standardised end-points in perioperative medicine: pulmonary complications // Brit. J. Anaesthesia. – 2018. – No 120. – P. 1066–1079
5. Храпов К. Н., Ковалев М. Г., and Седов С. С.. "Подготовка к анестезии больных с сопутствующей патологией легких и высоким риском развития послеоперационных легочных осложнений" Вестник анестезиологии и реаниматологии, vol. 17, no. 2, 2020, pp. 20-28.
6. European Heart Journal (2014), 35, 2383-2431, doi:10.1093/eurheartj/ehu282, Online publish-ahead-of-print 01 August 2014
7. Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В., Ларин В.В., Климентов М.Н., Чернышева Т.Е. «Роль коморбидной патологии в хирургии» // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 7. – С.138-140;Srinivas R.B. Preoperative evaluation of the patient with pulmonary disease // Chest.– 2007. – Vol. 132. – P. 1637-1645.\
8. Заболотских Игорь Борисович, Грицан А.И., Киров М.Ю., Кузовлев А.Н., Лебединский К.М., Мазурок В.А., Проценко Д.Н., Трембач Н.В., Шадрин Р.В., and

Ярошецкий А.И. "Периоперационное ведение пациентов с дыхательной недостаточностью: методические рекомендации общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»", Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова, no. 4, 2022, pp. 7-23.

Обзор клинического случая серонегативного оптиконейромиелита на фоне приема глюкокортикостероидов

Марченко В.Ю.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управление делами Президента Российской Федерации
Кафедра неврологии
E-mail: marvlad123@mail.ru

Ведение

Термин «спектр оптикомиелит – ассоциированных расстройств» (ЗСОНМ) был предложен в 2007 г. для обозначения тех демиелинизирующих поражений ЦНС, при которых клинически наблюдается преимущественное поражение зрительных нервов и/или спинного мозга при относительной сохранности головного мозга, а в сыворотке крови обнаруживаются высокоспецифические аутоантитела к белку водных каналов - аквапорину-4 (AQP4) [1],[2]. В настоящее время перечень ЗСОНМ расширен и включает в себя не только серопозитивные по антителам к аквапорину-4, но и серонегативные случаи, а также заболевания ассоциированных с MOG - igG [1], [4].В данном обзоре мы разберем пациентку 43 лет с развитием заболевания спектра оптикомиелит - ассоциированных расстройств, с жалобами на выраженное снижение зрения на оба глаза, онемения левой половины лица, левой стопы, снижение слуха слева.

В данном разборе основной упор был сделан на важность проведения дифференциального диагноза у пациентов с ЗСОНМ.

Клинический случай

Пациентка К 43 лет, 11.10.2021, в плановом порядке поступила в ЦКБ УДП РФ, с жалобами на выраженное снижение зрения на оба глаза, чувство «давления» в голове. Из анамнеза известно, что у пациентки спустя 4 недели после проведения вакцинации от COVID - 19 отмечалось чувство онемения лица слева, снижение слуха слева, слабость в левой стопе. В конце июля 2021 пациентка жаловалась на острое снижение зрения в левом глазу, по результатам обследования была выявлена отслойка сетчатки, проведена лазерная коррекция зрения. В настоящие время четкого зрения на OS нет. Отмечает резкое снижение зрения на OD около 2-х недель назад. По результат осмотра офтальмолога? от 04.10.2021: Начальная атрофия ДЗН OU (нисходящая). 13.10.2021 была проконсультирована врачом неврологом, по данным МРТ: МР-картина единичных супра - и инфратенториальных очагов в в-ве ГМ - вероятнее всего демиелинизирующего характера (неясной этиологии), без признаков активности процесса. При сравнении с данными от 12.08.2021 г. - очаг в ножке мозжечка справа ранее отчетливо не визуализировался. Рекомендовано дообследование в стационаре. На момент осмотра в неврологическом отделении, у пациентки отмечается парез на 4-4,5 балла в дистальном отделе левой нижней конечности. Повторно проведено МРТ исследование с введением контрастного вещества, обнаружены единичные очаги демиелинизации в веществе головного мозга, стволе головного мозга, а также спинном мозге на грудном уровне. Пациентке проведена люмбальная пункция, по результатам клинического анализа ликтора выявлен незначительное повышение белка до 390. Выявлен 1 тип синтеза олигоклональных антител. Пациентке проведена пульс терапии глюкокортикостероидами (Солу-медрол) 500 мг внутривенно в течение 5 дней, с положительным эффектом - нарастание силы в левой нижней конечности и улучшение четкости зрения. На амбулаторный этап пациентке рекомендован приём преднизолона 80 мг ежедневно, так же рекомендовано дообследование на амбулаторном этапе (анализ на антитела к AQP4 и антитела MOG - igG), с последующей госпитализацией по

результатам дообследования. Пациентка выписана с диагнозом: «Острое диссеменирующее демиелинизирующее заболевание неутоленное» 10.01.2022 пациентка повторно госпитализирована в отделение неврологии ЦКБ УДП РФ для проведения дообследования и постановки окончательного клинического диагноза. По результатам дообследования на амбулаторном этапе у пациентки выявлено: Анализ крови на антитела к AQP4 и антитела MOG - igG - отрицательные. Антитела к borrelia burgdofreri - отрицательно. Комплекс анализов для выявления АНФ синдрома - отрицательно. По данным повторной МРТ диагностики без значимых изменений. При выписке пациентке даны рекомендации на амбулаторный этап: Постепенное снижение дозы ГКС, профилактика остеопороза, выполнение рекомендаций эндокринолога, профилактика осложнений со стороны ЖКТна фоне приёма ГКС, консультация специалиста в центре РС. По результатам проведённых клинических лабораторных и инструментальных исследований, а также учитывая клиническую картину. У пациентки можно предположить наличие Острого диссеминирующего демиелинизируещего заболевания головного мозга. Вероятный серонегативный оптикомиелит (болезнь Девика)

Обсуждение

На примере данной пациентки, мы в очередной раз убеждаемся в важности проведения дифференциального диагноза у пациентов с нарушениями зрения при подозрении наличия демиелинизирующего заболевания [4]. У данной пациентки на протяжении всех госпитализаций мы видим атипичную картину для такого заболевания как РС, (атипичный для РС тип синтеза олигоклональных антител, более поздний чем обычно дебют заболевания, более грубое повреждение ЗН и крупные сливные очаги на МРТ грудного отдела позвоночника). Также у данной пациентки мы как раз можем наблюдать ситуацию, когда на фоне длительного приема ГКС мы не можем говорить о достоверном AQP4 статусе, как и, впрочем, АнтиMOG - igG. Согласно последним клиническим диагностическим критериям созданным в 2015 году, для постановки диагноза ЗСОНМ не обязательно наличия антител AQP4, будет достаточно клинических проявлений, относящихся к зрительному невриту, острому продольному распространенному поперечному миелиту либо синдрому поражения area postrema и исключения других возможных диагнозов [5].

Литература

1. Белова А.Н., Бойко А.Н., Белова Е.М. Диагностические критерии оптикомиелит-ассоциированных расстройств. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2016;116(2‑ 2):32‑ 40.
2. Симанив Т.О., Васильев А.В., Аскарова Л.Ш., Захарова М.Н. Оптиконейромиелит и заболевания спектра оптиконейромиелита. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2019;119(10‑ 2):35‑ 48.
3. Шахов Борис Евгеньевич, Белова Анна Наумовна, Шаленков Игорь Вадимович, Шакурова Дина Нурисламовна Оптикомиелит Девика: вопросы диагностики и описание случая из практики // Медицинский альманах. 2012. №1. URL:https://cyberleninka.ru/article/n/optikomielit-devika-voprosy-diagnostiki-i-opisanie-sluchaya-iz-praktiki (дата обращения: 27.03.2023).
4. Бисага Г.Н., Коваленко А.В., Коваленко И.Ю. Диагностика и дифференциальная диагностика демиелинизирующей оптической невропатии при рассеянном склерозе. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012;112(9‑ 2):10‑ 22. Bisaga GN, Kovalenko AV, Kovalenko IIu. Diagnosis and differential diagnosis of demyelinating optic neuropathy in multiple sclerosis. Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova. 2012;112(9‑ 2):10‑ 22. (In Russ.)
5. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, Cabre P, Carroll W, Chit- nis T, De Seze J, Fujihara K, Greenberg B, Jacob A. International consen- sus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. Neurol- ogy. 2015;85(2):177-189.

Искусственный интеллект в ультразвуковом исследовании молочных желез

Миронова Е.В.[1], Гажонова В.Е.[2], , Зубарев А.В.[3]

[1] аспирант, [2] д.м.н., профессор, [3] д.м.н., профессор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Москва, Российская Федерация
E-mail: elizmironova@yandex.ru

Актуальность

Ультразвуковое исследование молочных желез зарекомендовало себя как безопасный и эффективный метод диагностики рака молочной железы. В то же время, данная модальность остается оператор-зависимой. Для преодоления этой проблемы в настоящее время активно развиваются методики искусственного интеллекта.

Цель

Оценить работу искусственного интеллекта (ИИ) на основе машинного обучения [2] в категориальной оценке образований BI-RADS[1], его значимость в выставлении заключений специалистами с различным опытом в ультразвуковых исследованиях.

Материалы и методы

Исследование проводилось ретроспективно. Кинопетли оценивались независимо двумя радиологами с опытом работы более 20 лет и начинающим доктором (стаж - 2 года). Полученные изображения были проанализированы встроенной системой ИИ CAD-System (computer-aided diagnosis) согласно классификации BI-RADS.[1] При оценке изображений учтены: точность маркировки образования, объем поражения, категоризация по BIRADS. Образования верифицировались Core-биопсией, точный объем устанавливался после их удаления при патоморфологии. Оценивались чувствительность (Se), информативность (Sp), предсказательная ценность (PPV, NPV) метода.

Результат

В исследование было включено 75 пациентов (26-80 лет) со 105 образованиями молочных желез. Ретроспективно Изображения ретроспективно и независимо были оценены опытным радиологом, начинающим врачом ультразвуковой диагностики и системой ИИ - CAD по классификации BI-RADS.[1] Образования категорий BR-4A, BR-4B, BR-4C, BR-5 прошли верификацию Core-биопсией, по результатам которой были проведены оперативные вмешательства. Для оценки чувствительности, информативности, предсказательной ценности метода доброкачественными считались категории BR-2 и BR-3, злокачественными - BR-4-BR-5. В ходе исследования получено следующее распределение: система CAD определила к категории BR-2 - 34 образований, BR-3 - 33 , BR-4A - 6, BR-4B - 15, BR-4C - 6, BR-5 — 11. Радиолог-эксперт получил распределение BR-2 - 39, BR-3 - 31 , BR-4A - 10, BR-4B - 9, BR-4C - 9, BR-5 — 7, «начинающий» специалист: BR-2 31 образований, BR-3 - 33 , BR-4A - 12, BR-4B - 10, BR-4C - 6, BR-5 - 13. По результатам биопсии 41 образования 33 оказались злокачественными. По заключениям патоморфологии были получены фиброаденомы, кисты, очаговый аденоз, папиллома, карциномы (в т.ч. муцинозная), папиллярный рак. Опытный оператор чаще начинающего “не соглашался” с результатами CAD, особенно в случаях с «нестандартной» эхографической картиной. Основные расхождения произошли в группе доброкачественных образований - при застарелых фиброаденомах и при раке с нетипичной эхокартиной. Следовательно, чувствительность (Se) ИИ составила - 94% (выявлено 31 из 33 образований), опытного специалиста - 100% (33 из 33), начинающего - 91% (30 из 33); специфичность (Sp) - 93% , 97%, 88%, PPV - 0,88, 0,94, 0,8, NPV - 0,93, 0,97, 0,9 соответственно. Таким образом, ИИ имеет потенциал стать

качественным ориентиром в принятии решений начинающим специалистом. Однако для сопоставимости в точности с опытным экспертом необходимо дальнейшее машинное обучение ИИ и ее настройка согласно четким критериям дифференцировки образований, которые в настоящее время еще не определены экспертами-разработчиками. С накоплением баз данных подобные системы продолжают качественно развиваться. [2]

Заключение

ИИ — многообещающее дополнение для категоризации образований молочной железы. [3] В перспективе ИИ позволит снизить нагрузку на врачей ультразвуковой диагностики, увеличит точность заключений начинающих специалистов, так как система CAD качественно распознает наличие образований, их контуры и структуру, точно оценивает объем. Данное исследование продолжается для оценки методики на более широкой выборке пациентов.

Литература

1. American College of Radiology. ACR practice guideline for communication of diagnostic imaging findings. (http:// www.acr.org/~/media/ACR/Documents/PGTS/ guidelines/Comm_Diag_Imaging.pdf). Accessed November 11, 2013.
2. Wu G.G. et al. Artificial intelligence in breast ultrasound. *World J Radiol* 2019; 11(2): 19-26 [PMID: 30858931 DOI: 10.4329/wjr.v11.i2.19].
3. Brunetti, N., Calabrese, M., Martinoli, C., Tagliafico, A.S. Artificial Intelligence in Breast Ultrasound: From Diagnosis to Prognosis—A Rapid Review. *Diagnostics* 2023, *13*, 58. https://doi.org/10.3390/diagnostics13010058.

Нарушение мочеиспускания у больных раком предстательной железы после хирургического лечения

Мусаев И.Э.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра физической и реабилитационной медицины
с курсом клинической психологии и педагогики
Москва, Российская Федерация
E–mail: tgmi97@yandex.ru

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из самых распространенных злокачественных новообразований у мужчин. Согласно клиническим рекомендациям радикальное лечение РПЖ включает хирургическое удаление предстательной железы вместе с семенными пузырьками и ампулой семявыносящего протока, которое выполняют больным с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет [1]. Предпочтение отдается малоинвазивным вмешательствам: лапароскопической или робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РПЭ), реже выполняется лапаротомия. Независимо от варианта операции все вмешательства имеют осложнения, значительно снижающие качество жизни у больных. Одним из них является недержание мочи (НМ), которое по разным данным отмечают до 80% больных [2].

Цель исследования: анализ частоты недержания мочи у больных раком предстательной железы после РПЭ.

Материалы и методы: в проспективное исследование вошли 56 больных РПЖ T1–3bN0M0 (по данным постоперационного патоморфологического исследования) после плановой РПЭ в отделении урологии ФГБУ «Клиническая больница» в 2021-2022 гг. Из них лапароскопическая РПЭ была выполнена у 36 (64.3%) (группа ЛРПЭ) и открытым способом позадилонным доступом у 20 (35.7%) (группа РПЭПД) больных. По результатам морфологического заключения операционного материала индекс Глисона: 6 (3+3) выявлен у 13 (23.2%), 7 (3+4) – 22 (64.7%), 7 (4+3) – 12 (35.3%), 8 – 3 (5.4%), 9– 6 (10.7%) больных. Средний возраст больных – 66.3±6.8 года. Критерии включения: добровольное согласие пациентов на участие в исследование, отсутствие прогрессирования сопутствующих заболеваний и РПЖ по данным контрольного исследования (уровень ПСА через 6 и 12 мес. составил 0.05±0.04 и 0.062±0.04 нг/мл соответственно). Для оценки НМ использовали количественную оценку непроизвольной потери мочи 24h Pad-test (количество урологических прокладок, использованных за сутки), наиболее часто используемый метод, позволяющий достаточно точно количественно определить НМ после РПЭ [3]; также использовался опросник для оценки НМ (The Overactive Bladder Questionnaire Short Form, OAB-q SF), русскоязычная версия и «кашлевой» тест. Контрольные обследования осуществлялись через 6 и 12 месяцев после РПЭ.

Результаты представлены в таблице:

Метод оценки недержания мочи	Группа ЛРП (n=36)	Группа РПЭПД (n=20)
6 месяцев после РПЭ		
24h Pad-test , n (%)	20 (100%)	36 (100%)
Кашлевый тест n (%)	15 (75%)	32 (88.9%)
Опросник оценки недержания мочи OAB-q SF, баллы	18.0+4.01	18.11+4.68

12 месяцев после РПЭ		
24h Pad-test, n (%)	6 (16.7%)	**6 (30%)***
Кашлевый тест, n (%)	7 (19.4%)	8 (22.2%)
Опросник оценки недержания мочи OAB-q SF, баллы	8.9+5.7	**12.6+4.7***

*- *p <0.05 уровень статистической достоверности, полученный при сопоставлении средних значений обследованной выборки групп больных; ЛРПЭ - лапароскопическая радикальная простатэктомия; РПЭПД – радикальная простатэктомия позадилонным доступом.*

У большинства больных обеих групп диагностирована стрессовая форма НМ, основными симптомами которой больными указывались: непроизвольное выделение мочи во время кашля, чихания, при незначительном физическом напряжении. НМ легкой и средней степени выраженности через 6 месяцев отмечалось у всех больных независимо от способа оперативного вмешательства, через 12 месяцев улучшение функции мочеиспускания произошло у 78.6% больных по данным количественной оценки, у 73.2% больных по результатам кашлевого теста и было достоверно лучше в группе ЛРПЭ.

Заключение. Улучшение функции мочеиспускания отмечается через год после РПЭ и происходит лучше после малоинвазивного вмешательства.

Литература

1. Носов Д.А., Волкова М.И., Гладков О.А. и др. Практические рекомендации по лечению рака предстательной железы. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. 2022;3s2(12): 607–626. doi: 10.18027/2224-5057-2022-12-3s2-607-626
2. Hodges P.W., Stafford R.E., Hall L., et al. Reconsideration of pelvic floor muscle training to prevent and treat incontinence after radical prostatectomy. Urologic oncology: Seminars and Original Investigations. 2020;38(5):354-371. doi:10.1016/j.urolonc.2019.12.007
3. Кельн А.А., Зотов П.Б., Алифов Д.Г. и др. Реабилитация нарушений мочеиспускания у пациентов после простатэктомии. Паллиативная медицина и реабилитация. 2022; 3:42-47.

Клинико-морфологические варианты поражения почек у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Никитина А.Д.[1], Гаджикулиева М.М.[2]

[1]Аспирант
[2]Профессор
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: evenorde@gmail.com

Актуальность. Острое или хроническое повреждение почек при ВИЧ-инфекции может быть обусловлено разными патогенетическими механизмами, ведущими к широкому спектру клинических проявлений заболеваний с развитием в последующем хронической болезни почек, прогрессирование которой способствует формированию терминальной хронической почечной недостаточности, что существенно влияет на течение ВИЧ-инфекции [1, 2].

Цель исследования. Оценить спектр клинико-морфологических вариантов гломерулярного поражения почек у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Исследование морфологических вариантов гломерулярного поражения почек проводилось у 30 пациентов с ВИЧ-инфекцией (60% мужчин, 40% женщин, средний возраст 31,6±4,7 года), госпитализированные в стационары г. Москвы. Патоморфологическому изучению подвергались кусочки ткани, полученные при пункционной биопсии почек. Показаниями к нефробиопсии были нефротический синдром (изолированный либо в сочетании с остронефритическим) и/или снижение функции почек. Морфологическое исследование нефробиоптатов включало световую микроскопию и иммунофлюоресцентное исследование. Иммунофлюоресцентное исследование выполнялось на замороженных срезах тощиной 4 мкм с моноклональными FITC-меченными антителами к IgG, IgM, IgA, C3 и C1q -фрагментам комплемента (DAKO). Антитела к двуспиральной ДНК, антинуклеарный фактор (АНФ) определяли у 11 пациентов с нефротическим синдромом. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программы SPSS 17.0.

Результаты. Морфологические варианты патологии почек у исследованных ВИЧ-ифицированных пациентов были представлены иммунокомплексным гломерулонефритом (ИКГН) в 26 случаях и фокально-сегментарным гломерулосклерозом (ФСГС) в 4 случаях (перихилярным вариантом - в 1-м, верхушечным - в 1-м и неспецифическим - в 2 случаях).

У 26 пациентов с ИКГН наблюдались различные морфологические варианты пролиферативного гломерулонефрита на светооптическом уровне. Преобладали случаи диффузного пролиферативного нефрита с крупными субэндотелиальными депозитами, в том числе, по типу «проволочных петель» и «гиалиновых тромбов» (11/26). Реже наблюдалась картина мембранопролиферативного (5 случаев), мезангиопролиферативного (4 случая) и фокального пролиферативного (3 случая) нефрита. У одного пациента гломерулонефрит был выявлен в стадии нефросклероза (диффузный склерозирующий гломерулонефрит). В 5 случаях эндокапиллярная пролиферация сочеталась с экстракапиллярной пролиферацией и образованием небольших, преимущественно фиброзно-клеточных полулуний. По данным иммунофлюоресценции во всех случаях диффузного пролиферативного, мембранопролиферативного, фокального пролиферативного нефритов (17/26). отмечалось свечение всех классов иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) и фрагментов

системы комплемента (C3, C1q), так называемое «full house», при отсутствии в крови АНФ и антител к нативной ДНК. Такие морфологические изменения имеют место при волчаночном нефрите, но отсутствие в крови у обследованных нами пациентов с ИКГН серологических маркеров системной красной волчанки (антитела к нативной ДНК, АНФ) может указывать на признаки псевдоволчаночного нефрита и согласуется с данными литературы [3], что позволяет диагностировать волчаночно-подобный (люпус-подобный) нефрит.

Клинически ИКГН у пациентов с ВИЧ-инфекцией характеризовался острым нефритическим и/или нефротическим синдромом в сочетании с гематурией. Артериальная гипертензия наблюдалась у 14 из 26 (53,8%) больных. Хроническая почечная недостаточность наблюдалась у 3 из 26 (11,5%) пациентов.

Клинически ФСГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией характеризовался нефротическим синдромом в сочетании с артериальной гипертензией, гематурией. Морфологическая картина ФСГС представлена участками сегментарного склероза, который при верхушечном варианте локализовался в тубулярном полюсе.

Выводы. В проведенном исследовании в морфологической структуре гломерулярных болезней почек преобладал иммунокомплексный характер поражения с клиническими проявлениями острого нефритического и/или нефротического синдромов в сочетании с гематурией. Гломерулопатии иммунокомплексной природы характеризовались полиморфизмом морфологической картины в почках со свечением при иммунофлюоресцентной микроскопии в большинстве случаев фрагментов системы комплемента (C3, C1q) и всех классов иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG).

Литература

1. Hou J., Nast C.C. Changing concepts of HIV infection and renal disease // Curr Opin Nephrol Hypertens. 2018; 27(3): 144-152.
2. Swanepoel C.R., Atta M.G., D'Agati V.D., Estrella M.M. et al. Kidney disease in the setting of HIV infection: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) // Kidney Int. 2018; 93(3): 545-559.
3. Haas M., Kaul S., Eustace J.A. HIV-associated immune complex glomerulonephritis with "lupus-like" features: a clinicopathologic study of 14 cases // Kidney Int. 2005; 67(4): 1381-1390.

Обзор клинического случая менингиомы

Овчинникова М.А.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра неврологии
Москва, Российская Федерация
E–mail:marinadoc1997@gmail.com

Введение

Менингиомы – это доброкачественные опухоли мозговых оболочек. Одна из самых частых опухолей, встречается в практике в 15 % случаев, при низкой степени злокачественности имеет благоприятный прогноз. Растет из слоев паутинной оболочки, причем рост начинается экстрааксиально. В клинической картине отмечаются изменения психического состояния, очаговая неврологическая симптоматика, эпилептические приступы [1].

Показанием к решению вопроса о лечении являются: 1) увеличение размеров опухоли более чем на 1 мм во всех направлениях за 6 мес., 2) появление перитуморозного отека мозга, 3) появление клинических симптомов. Особыми показаниями могут быть большие размеры опухоли (более 3 см) и ее близость к структурам, вовлечение которых в случае опухолевого роста затруднит лечение. У многих пациентов хирургическое удаление опухоли приводит к полному излечению [0].

Для иллюстрации значимости полноценного анализа жалоб, результатов физикальной и инструментальной диагностики предлагаем рассмотреть следующий клинический случай.

На повторном приеме у участкового невролога мужчина, 45 лет, в сопровождении супруги. На данный момент сохраняются жалобы на общую слабость, преимущественно в дневное время, периодическое несистемное головокружение, которое провоцируется длительной ходьбой, нахождением в душном помещении.

Ранее (первичный прием 10.11.22) поводом обращения к врачу стали жалобы на шаткость при ходьбе, недержание мочи, ухудшение памяти на настоящие события, постоянные смены эмоционального фона. Со слов супруги пациент часто бывает раздражен, отстраняется от контакта с семьей. Из - за нарушения походки недавно "чуть не утонул", так как не смог удержать равновесие, когда шел по небольшому мосту через речку. Супруга отмечала, что в быту стал рассеянный, забывчивый, что отмечают и другие родственники. С каждым месяцем состояние ухудшается, прогрессирует нарушение походки и эмоциональное состояние пациента. Сам пациент жалоб на снижение памяти не предъявляет, некритичен к своему состоянию.

В неврологическом статусе: Пациент в сознании, эмоционально лабилен, к своему состоянию не критичен, на вопросы отвечает не точно.

Координаторная сфера: Походка на широкой базе, атактическая.

Учитывая молодой возраст пациента, быстрое прогрессирование заболевания, принято решение о выполнении МРТ - исследования головного мозга по CITO для исключения объемного образования, дифференциальной диагностики с нейродегенеративными заболеваниями.

10.11.2022г. Проведено МРТ головного мозга: МР-картина крупного внемозгового объемного образования в левой лобно-теменно-височной области, наиболее вероятно менингиома, с выраженным объемным воздействием на окружающую ткань головного мозга и латеральной дислокацией срединных структур вправо.

Был экстренно госпитализирован в КБ 1.

Повторный прием пациента после выписки из стационара (29.11.22). На приеме находится в сопровождении супруги. Представлен выписной эпикриз, находился на стационарном лечении с 10.11 по 27.11 в отделении неврологии, затем нейрохирургии.

Выполнено хирургическое вмешательство: Удаление гигантской инфильтративно растущей менингиомы латеральных отделов крыла основной кости слева одномоментной пластикой дефекта твердой мозговой оболочки аутонадкостницей.

В неврологическом статусе: Состояние удовлетворительное. Уровень сознания: ясное. Ориентирован в месте, в времени, собственной личности и окружающей действительности правильно. Менингеальных знаков нет.

Координаторная сфера: В позе Ромберга легкая неустойчивость без четкой латерализации. Постуральная неустойчивость.

Черепные нервы: без особенностей

Рефлекторная сфера: без особенностей

Двигательная сфера: Парезов нет. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Мышечный тонус в конечностях сохранен.

Результат лечения

После проведения операции наблюдается регресс неврологической симптоматики, пациент критичен, отмечает улучшение походки и когнитивных функций. Со слов супруги эпизодов падения не наблюдалось, супруг стал открытым, общительным, эмоционально стабильным.

Выводы

Правильно собранный и проанализированный анамнез (данные анамнеза жизни и заболевания, сбор анамнеза не только со слов пациента, но и со слов супруги), принятие во внимание особенности развития заболевания (быстрое течение, ранний возраст пациента), вовремя проведенное инструментальное исследование (МРТ головного мозга) позволили быстро провести дифференциальную диагностику и установить точный диагноз.

Литература

1. Справочник по неврологии Неттера. Мисулис К.Э., Хэд Т.К.; Пер. с англ. Издательство "МЕДпресс-информ", 2019 г.

2. Неврология. Национальное руководство. 2-е издание. Автор: Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И..Год издания: 2018 г.

Оценка эффективности тонзиллэктомии при рецидивирующем тонзиллофарингите у детей с ювенильным ревматоидным артритом, получающих иммуносупрессивную терапию

Рамазанова З.Ш.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра оториноларингологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: ramazanova.zalina@inbox.ru

В последнее десятилетие отмечен подъём числа заболеваемости ЛОР-органов на фоне ревматологических заболеваний [1]. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний является хронический тонзиллит (рецидивирующий тонзиллофарингит), составляя у детей – от 15% до 63% [2]. Процент заболеваемости детей выше (до 63%), и это связано с морфологической незрелостью небных миндалин и возрастной незавершенностью иммунологических функций детского организма.

Ювенильный ревматоидный артрит – аутоиммунное деструктивно-воспалительное заболевание суставов, развивающееся у детей в возрасте до 16 лет. Это одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, при котором показано курсовое, а иногда и пожизненное иммуносупрессивное лечение, что требует постоянного мониторинга на предмет сопутствующих инфекционных осложнений, в том числе хронического тонзиллита.

Выявление факторов, определяющих возникновение и течение хронического тонзиллита и ювенильного ревматоидного артрита, разработку мер профилактики метатонзиллярных осложнений и персонализацию лечения можно считать одной из важнейших проблем в современной оториноларингологии и ревматологии [3].

Цель исследования.

Оценить эффективность тонзиллэктомии при рецидивирующем тонзиллофарингите у детей с ювенильным ревматоидным артритом, получающих иммуносупрессивную терапию.

Материалы и методы исследования.

В ходе ретроспективного исследования было проанализировано 26 случаев детей, находившихся в ревматологическом отделении ФГАУ НМИЦ Здоровья детей Минздрава РФ с диагнозом «Ювенильный ревматоидный артрит» с 2018 по 2022 гг., возраст пациентов 9-17 лет.

Всем пациентам был поставлен диагноз «Хронический тонзиллит». На базе отделения оториноларингологии ФГАУ НМИЦ Здоровья детей Минздрава РФ 26 детям была проведена двусторонняя тонзиллэктомия.

Всем детям до и после операции были оценены в год: частота случаев острой респираторной инфекции (ОРИ), частота осложненных форм ОРИ (острые синуситы, отиты, тонзиллиты), частота и продолжительность антибактериальной терапии по поводу лор-патологии, частота отмены ГИБП и других препаратов по причине лор-патологии.

Результаты

В группе до операции частота случаев острой респираторной инфекции у пациентов с ЮРА - 21,35±5,48 , после - 11,08±2,33 (p=0.090891), частота осложненных форм ОРИ до операции - 9,27±1,56, после - 3.77±1.21 (p=0.007571) , продолжительность антибактериальной терапии по поводу лор-патологии до операции- 45,96±12,81, после -

18,04±5,70 (p=0.052037), частота отмены ГИБП и других препаратов по причине лор-патологии до операции - 8,65±3,62, после - 3,50±1,73 (p=0.205318).

Выводы

Результаты позволили выявить статистически не значимые различия до и после тонзиллэктомии. По-видимому, во многом это связано с небольшим объёмом выборки. Но несмотря на это, отмечается устойчивая тенденция к улучшению качества жизни детей с ювенильным ревматоидным артритом после удаления нёбных миндалин. Это даёт нам понять, что нужны расширенные показания к хирургическому лечению в таком случае и дальнейшие исследования необходимы.

Литература

1. Клинические рекомендации – «Ревматоидный артрит» – 2021
2. Рязанцев, С. В. Предварительные результаты Российской национальной программы «Хронический тонзиллит» [Текст] / С.В.Рязанцев, С.А.Артюшкин, Н.В.Еремина, С.А.Еремин // Российская оториноларингология.- 2019.- 18(3).- С.92–102.
3. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты [Текст] / под ред. С.А.Карпищенко, С.М. Свистушкина. – Изд-е 3-е. –СПб.: Диалог, 2017. – 264с.

Депрессия с явлениями невротической ипохондрии. Клинический случай ипохондрической депрессии у личности драматического кластера

Садовская А.В.[1], Любишева А.Г.[2], Самушия М.А.[3]

[1,2]клинический ординатор кафедры психиатрии
[3] д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии
ФГПУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ
Москва, Российская Федерация
E-mail: [1] zhi.ana1996yandex.ru, [2] zimovichok@mail.ru, [3] sma-psychiatry@mail.ru

Многие века ипохондрические расстройства интересовали исследователей в области медицины. Так, ещё древние мыслители (Гиппократ, К.Гален) выделяли ипохондрическую симптоматику и описывали ее в рамках меланхолии. [1,2] Однако для современных ученных вопрос интерпретации «ипохондрии» не так однозначен. Ряд авторов (R. Wollenberg, K . Jaspers, А.В. Снежневский, F. Kenyon, Тиганов А.С.) рассматривают данный феномен в виде метасиндромального образования в структуре других психических патологий. [2,3] Сторонники иного подхода (С.С. Корсаков, Сербский В.П., H. Feldman, C. Wernicke, А.О. Фильц, А.Б.Смулевич) выделяют ипохондрию как самостоятельное психопатологическое расстройство. [2] В тоже время, несмотря на разногласия выдвинутых концепций, исследователи обращают внимание на корреляцию между депрессивной и ипохондрической симптоматиками. А.Б. Смулевич дает описание депрессии с явлениями невротической ипохондрии (ипохондрическая депрессия).[4] R.Lemke, H. Sattes, Е.В. Колюцкая, А.С. Тиганов также выделяли «ипохондрические депрессии», в которых ипохондрия манифестировала совместно с аффективными нарушениями и редуцировалась по мере разрешения депрессивной фазы. [2,3]

Представлен клинический случай пациента С. 22 года*. Психопатологический анамнез отягощен: отец злоупотреблял алкоголем; мать совершила незавершенную суицидальную попытку путем приема лекарственных средств. Пробанд родился от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания. Роды срочные, стремительные. Диагноз роддома: «Хроническая гипоксия плода. Перинатальная энцефалопатия гипоксически-травматического генеза. Острый период. Пирамидная недостаточность. Синдром вегето-висцеральных нарушений.» До 5 лет наблюдался у невролога с диагнозом «Перинатальная энцефалопатия». По характеру формировался демонстративным, самолюбивым, высокомерным, склонным к манипуляциям. В ДДУ и школе адаптировался без труда. До 6 класса учился преимущественно на «отлично». В 10 лет на фоне развода родителей в течение года отмечал подавленный фон настроения, часто плакал, кричал. Во время истерик наблюдался тремор во всем теле, подолгу не мог успокоиться. В 12-14 лет заострились черты самолюбия и педантичности, которая касалась внешнего вида. В этом же возрасте стал прогуливать школьные занятия, употреблял алкоголь в шумных компаниях, курил сигареты. Имел несколько приводов в полицию (драки, поджог, состояние алкогольного опьянения). В 15 лет после беседы с братом бросил вредные привычки, ответственно подходил к учебе, участвовал в конкурсе чтецов и театральных сценках, в которых занимал ведущие роли. В 17 лет по настоянию родителей поступил в РУДН на специальность «Управление техническими системами». К учебе относился формально, спустя 2 года за пропуски был отчислен из ВУЗа. С 18 лет (2017 г.) стал наблюдать лабильность настроения от приподнятого (идеаторным ускорением тягой к деятельности, укорочением сна, сексуальной расторможенностью, приемом ПАВ, непродуктивными денежными тратами) до подавленного (с ангедонией, угнетенностью, тоской, апатией, выраженность аффекта преобладала в утренние часы). С января 2019 года (21 год) на фоне конфликтов с возлюбленной наблюдал гипотимию, витальную тоску, плаксивость, нарушение сна и аппетита. Впервые появились «напряжение», «скованность» «стягивания»*

в мышцах шейно-воротниковой зоны, затылка и височно-теменной области, с целью купирования которых принимал НПВС, без эффекта. С данного момента многократно обращался к врачам-неврологам в том числе в «Университетскую клинику головной боли», по их рекомендациям проходил обследования (МРТ и КТ головного мозга, УЗИ сосудов шеи, и др.)- данных за соматическую патологию не выявлено. По назначению специалистов принимал миорелаксанты и анальгетики без положительного результата. Врачом-неврологом был установлен диагноз «Хроническая головная боль напряжения». Обращался за помощью к мануальным терапевтам, остеопатам, проходил курсы массажа, занимался йогой – без результата. Активно читал информацию о своей симптоматике в Интернете. На фоне депрессивно-ипохондрического синдрома отмечал эпизоды пароксизмальной тревоги, дереализации и деперсонализации, симптомы тиннитуса. В январе 2021 года впервые обратился к врачу-психиатру частным образом. Осуществлялся подбор антипсихотиков и антидепрессантов без выраженной динамики в состоянии. В связи с регулярными тягостными головными болями по типу «натянутости скальпа, лобных, шейных мышц», а также с жалобами на тоску, безрадостность, «безысходность», связанную с длительным поиском эффективной терапии, обратился в НЦПЗ. Для верификации диагноза и подбора ПФТ был госпитализирован в отделение по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (№2) НЦПЗ.

Консультация врача-невролога: Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу. Цефалгии напряжения. Дорсопатия: нарушение статики позвоночника. Умеренно выраженный мышечно-тонический синдром.

ЭЭГ с компьютерной обработкой, спектральным анализом и топографическим картированием и с нагрузочными пробами: на первый план выходят умеренно выраженные признаки повышенной возбудимости верхне-стволовых и диэнцефальных структур головного мозга. ЭЭГ-признаков сниженного порога судорожной готовности на момент осмотра не выявлено.

Патопсихологическое обследование: на передний план выступает аномально-личностный патопсихологический синдром с первичными нарушениями в эмоционально-личностной сфере (фиксация на состоянии, сверхценные переживания и поведение, противоречивость, категоричность, неустойчивость самооценки) у параноидно-нарциссической личности пограничного уровня организации, а также мотивационного компонента мышления (аффективная дезорганизация деятельности).

Диагноз

Клинический разбор с консультацией академика РАН А.Б.Смулевича:

Ипохондрическая депрессия эндогенного круга у личности драматического кластера по типу нарциссического.

Обсуждение: В приведенном клиническом наблюдении психический статус пациента определяется депрессией эндогенного круга с явлениями ипохондрии у личности драматического кластера. Впервые манифест аффективной симптоматики происходит в пубертатном периоде на фоне психотравмирующей ситуации. В связи с личностным радикалом преобладают симптомы не затяжной простой истеродепрессии, которая нивелировалась самостоятельно. В дальнейшем депрессивные фазы учащаются, возникают аутохтонно и кратковременно купируются приемом психотропных препаратов. В наблюдаемом аффективном эпизоде на первый план выходит сенестоипохондрическая симптоматика, что свидетельствует о сложном депрессивном синдроме. Стоит отметить, что несмотря на фиксацию пациента на состоянии соматического неблагополучия и формальной критике к гипотимии, основной акцент в терапии сделан на лечение депрессивного аффекта и личностного расстройства. В данном клиническом наблюдении после многократного подбора схем психотропной терапии наибольший положительный эффект отмечен при сочетании: Pregabalini до 225 мг/сут; Venlafaxini до 300 мг/сут; Amitriptylini до 50 мг/сут; Olanzapini до 10 мг/сут; Lamotrigini до 50 мг/сут; Biperideni до 2 мг/сут. Помимо этого, объективное улучшение

психического состояния отмечалось после присоединения техник когнитивной психотерапии нарциссического расстройства личности.

Заключение: В рассмотренном случае сенестоипохондрические жалобы пациента рассмотрены в рамках усугубления эндогенной депрессии у личности драматического кластера. Данный пример иллюстрирует, что ипохондрическая симптоматика была купирована после редукции основного депрессивного синдрома и коррекции личностных расстройств. Также обращает внимание, что наибольший терапевтический эффект был достигнут при комбинированном подходе с использованием психофармакотерапии и доказанными психотерапевтическими методиками.

Литература

1. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Шестакова Раиса Андреевна «Ипохондрические расстройства в позднем возрасте». Москва. 2021 г.
2. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук Вовель Беатриса Альбертовна «Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия)». Москва. 2009 г.
3. Журнал «Современная терапия психических расстройств». «Патокинез эндогенных депрессивно-ипохондрических нарушений непсихотического регистра на фоне терапии сульпиридом». Кафедра психиатрии и медицинской психологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.
4. «Депрессия при соматических и психических заболеваниях», А.Б.Смулевич, МИА. 2003 г.
5. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). «Эндогеноморфная депрессия с патологическими телесными сенсациями» Л.А.Иванова, А.В.Ковалева. 2016 г.
6. «Когнитивная психотерапия расстройств личности», А.Бек, А.Фримен, издательство Питер. Санкт-Петербург. 2021 г.

Особенности течения аутоиммунного пангастрита. Клинический случай

Сатинова М.А.

клинический ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ
Кафедра Гастроэнтерологии и Терапии
Москва, Российская Федерация
Email: maria.satinova@gmail.com

Актуальность. Хронический гастрит – одно из наиболее распространенных заболеваний в области гастроэнтерологии. По статистике гастрит встречается у 80-90% больных, причем атрофический гастрит в 5% случаев у лиц до 30 лет, в 30% случаев у лиц от 31 до 50 лет и в 50% случаев у лиц старше 50 лет.

Аутоиммунный пангастрит характеризуется выработкой аутоантител типа Ig G к париетальным клеткам и ферменту H^+/K^+-АТФазе с дальнейшим развитием атрофии, и как следствие, секреторной недостаточности. Развитие атрофии со временем неуклонно ведет к появлению очагов метаплазии, дисплазии и в дальнейшем к развитию рака желудка.

Цель. Изучить динамику течения аутоимунного пангастрита у больного за 15ти-летний период наблюдения.

Материалы и методы. Пациенту проводились такие исследования как: эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, иммуноморфологическое исследование биоптатов, pH-метрия, гастропанель, рентгенография желудка с барием.

Результаты.

• В октябре 2006 года по результатам ЭГДС была обнаружена атрофичная слизистая тела желудка (биопсия), полип привратника 3мм (биопсия), по pH-метрии-гипоацидность в теле желудка. По биопсии в теле желудка: степень воспалительной активности 2-3, HP-0, стадия атрофии-3, обнаружен очаг кишечной метаплазии (45%). По биопсии из пилорического отдела желудка: степень воспалительной активности 2,HP-0, стадия атрофии 2. Была взята кровь на гатропанель: пепсиноген-1 ↓37,5мкг/л (40 – 130), гастрин-17 ↑↑ 64,3 пмоль/л (3 -20), АТ к париетальным клеткам ↑ 133,2 U/мл (0 – 10), HP класса IgG отр.

• В декабре 2011 года был повторно обследован. По ЭГДС: слизистая желудка субатрофичная, очагово гиперемирована. В теле желудка по большой кривизне имеется полип размером до 0,8 см. (биопсия). В пилорическом канале имеется полип размером до 1,0 см. По биопсии из тела желудка: степень воспалительной активности 2-3, HP-0, стадия атрофии -3, очаг кишечной метаплазии (45%), на месте желудочных валиков появилось подобие ворсинок. По биопсии из пилорического отдела: степень воспалительной активности 2-3, HP-0, стадия атрофии 2, появились очаги толстокишечной метаплазии (20%) и в ней дисплазия 1 степени. Было проведено иммуноморфологическое исследование: число клеток содержащих цитомегаловирусы в теле желудка- 60, в пилорическом отделе–58 клеток на 1 мм^2 СО (норма – нет). Клеток, содержащих вирусы простого герпеса 1 и 2 типа не обнаружено. Число клеток, содержащих вирус Эпштейн-Барра в теле желудка 1-2, в пилорическом отделе-2-3 клетки на 1 мм^2 СО (норма-нет).

• В феврале 2012 года была проведена ЭГДС с эндоскопической полипэктомией.

• В октябре 2013 года по ЭГДС: Скользящая ГПОД. Слизистая желудка атрофичная, гиперемирована в ПОЖ (биопсия из ТЖ и ПОЖ). В н/3 тела желудка полип с неизмененной поверхностью до 0,3 см (биопсия). По биопсии из тела желудка: степень воспалительной активности 2 -3, HP — 0, стадия атрофии -3, очаги толстокишечной

метаплазии (в 50%), гиперпластический полип. Биопсия из пилорического отдела: степень воспалительной активности 2 -3, HP — 0, стадия атрофии -2, очаги толстокишечной метаплазии (30%). По pH-метрии: гипоацидность тела желудка. По результатам обследований был поставлен диагноз: хронический пангастрит (аутоиммунный атрофический гастрит ТЖ с кишечной метаплазией, стадия атрофии 3; атрофический гастрит ПОЖ, стадия атрофии 2 с толстокишечной метаплазией), неассоциированный с HP–инфекцией и ассоциированный ЦМВ-инфекцией с гипоацидностью в фазе ремиссии.

- В декабре 2016 года на ЭГДС: утолщение стенок желудка. Подозрение на эндофитный рак желудка.
- В январе 2017 года при проведении рентгенографии желудка обнаружено диффузное утолщение стенок желудка. Подозрение на эндофитный рак.
- Осенью 2017 года проведена гастроэктомия по поводу рака желудка T3N1M0.
- В начале 2021 года после очередного обследования был поставлен диагноз: болезнь оперированного желудка: гастроэктомия с пилоропластикой в 2017 году по поводу рака желудка T3N1M0. Селективная проксимальная ваготомия. Постгастрорезекционное расстройство: анастамозит.

Выводы. Больной с диагнозом хронический пангастрит (аутоиммунный атрофический гастрит ТЖ с кишечной метаплазией, стадия атрофии 3; атрофический гастрит ПОЖ, стадия атрофии 2 с толстокишечной метаплазией), неассоциированный с HP–инфекцией и ассоциированный ЦМВ-инфекцией с гипоацидностью в фазе ремиссии наблюдался в течение 15 лет. В процессе наблюдения появились участки кишечной метаплазии в теле и пилорическом отделе желудка, что в итоге привело к появлению рака желудка T3N1M0 и последующей гастроэктомией в 2017 году.

Литература

1. Ливзан М.А., Гаус О.В., Мозговой С.И. и др. Хронический аутоиммунный гастрит: факторы риска, клинические проявления и принципы диагностики. Эффективная фармакотерапия. 2021. Т.17.№39

2. Epstein–Barr virus infection in patients with chronic gastritis without Helicobacter pylori infection Nevra Dursun, Ezgi Hacıhasanoğlu.2020 г.

3. Gastritis as a manifestation of primary CMV infection in an immunocompetent host. Pedro Crespo, Nuno Dias.2015г.

Диарея у пациентов с COVID-19

Светухина М.В.[1], Кудрявцева Н.А.[2], Чорбинская С.А.[3]

[1]ординатор, [2]ассистент, [3] д.м.н., профессор, зав. кафедры
кафедра семейной медицины и терапии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация
E-mail: FedMary@mail.ru

По данным ВОЗ на 20 марта 2023 г. во всем мире зарегистрировано более 760 млн случаев заболевания COVID-19 [1].

С момента обнаружения нового коронавируса в Китае и последующего его изучения, стало известно, что вирус SARS-CoV-2 поражает не только дыхательную систему, но и практически все органы и системы, в том числе и желудочно-кишечный тракт. Поэтому у заболевших COVID-19, кроме респираторных симптомов, слабости и интоксикации, могут возникать различные гастроинтестинальные проявления заболевания в виде тошноты, рвоты, боли в животе разной интенсивности и диареи. Диспептические явления при COVİD-19 нередко могут быть первыми проявлениями заболевания и могут появляться раньше легочных осложнений. Так по данным крупного мета-анализа с участием свыше 4000 пациентов распространенность гастроэнтерологических симптомов среди заболевших COVID-19 составила 17% [2].

Диарея – один из наиболее частых гастроэнтерологических симптомов COVID-19, который, по данным разных авторов, возникает у 2 - 49,5% заболевших. Механизмами развития диареи может быть, как прямое цитопатическое действие вируса на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, так и нарушение состава толстокишечной микробиоты с активацией условно-патогенной клостридиальной флоры, индуцированное приёмом различных лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков [3].

Клостридиальная инфекция (Clostridium difficile (CDI)) считается одной из наиболее серьезных госпитальных инфекций во всем мире, в том числе среди больных с COVID-19. По данным ряда авторов CDI развивается у 0.5-5% заболевших COVID-19 [4,5,6] и в большинстве случаев ассоциирована с приёмом таких групп антибиотиков, как цефалоспорины третьего поколения - 45.1% случаев, фторхинолоны - 39.1% и макролиды - 38.5%. [3,7].

Цель исследования: оценить частоту развития диареи у пациентов с COVID-19. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 456 историй болезни пациентов с COVID-19, проходивших лечение в инфекционных отделениях Центральной клинический больницы Управления делами президента Российской Федерации в период с марта 2020 года по февраль 2022 года.

Результаты: установлено, что гастроинтестинальные симптомы при поступлении в стационар отмечены у 22.3% (n=79) заболевших, из них тошнота и рвота констатирована у 5.9% (n=21), боли в животе - 3.7% (n=13), диарея у 12.7% (n=45) пациентов.

В ходе лечения COVID-19 все пациенты получали до 8 препаратов одновременно, включая антибиотики, иммунобиологические препараты, антикоагулянты, глюкокортикостероиды и др. У 24 больных (3.4%) лечение осложнилось развитием диареи. По результатам анализа кала на патогенную флору у половины из них (n=12) диарея ассоциирована с инфекцией Clostridium difficile (CDI), что составило 1.7% от общего числа госпитализированных пациентов.

Все пациенты с инфекцией Clostridium difficile до развития гастроинтестинальных симптомов принимали антибиотики: из группы макролидов 4 заболевших, цефалоспаринов – 5 человек, а 3 получали карбепенем.

Выводы: диарея – частое клиническое проявление COVID-19, ассоциированное с CDI инфекцией. Исследование анализа кала на токсины A и B Clostridium difficile у пациентов с COVID-19 и антибиотико-ассоциированной диареей является обязательным методом дифференциальной диагностики, позволяющим установить правильный диагноз и вовремя начать патогенетическое лечение.

Литература

1. Scarpa F.et al. Molecular In-Depth on the Epidemiological Expansion of SARS-CoV-2 XBB. 1.5 //Microorganisms. – 2023. – V. 11. – №. 4. – P. 912. doi.org/10.3390/microorganisms11040912
2. Cheung K.S., Hung I.F.N., Chan P.P.Y. et al. Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from a Hong Kong Cohort: systematic review and meta-analysis // Gastroenterology. 2020. Vol. 159. No 1. P. 81–95.
3. Wong M.C., Huang J., Lai C., Ng R., Chan F.K.L., Chan P.K.S. Detection of SARS-CoV-2 RNA in fecal specimens of patients with confirmed COVID-19: a meta-analysis. J. Infect. 2020. V. 81. P. 1–8.
4. А.И. Парфенов, О.В. Князев, И.Н. Ручкина и др. Методические рекомендации № 45 «Диагностика и лечение псевдомембранозного колита» // М.: ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ – 2022. – 29 с. [A.I. Parfenov, O.V. Knyazev, I.N. Ruchkina et al. Methodological recommendations No. 45 "Diagnosis and treatment of pseudomembranous colitis" // M.: GBUZ MKNTs im. A.S. Loginova DZM - 2022. - 29 p.]
5. Rupnik M., Wilcox M. H., Gerding D. N. Clostridium difficile infection: new developments in epidemiology and pathogenesis //Nature Reviews Microbiology. – 2009. – V. 7. – №. 7. – P. 526-536. doi.org/10.1038/nrmicro2164
6. Vázquez-Cuesta S. et al. Clostridioides difficile infection epidemiology and clinical characteristics in COVID-19 pandemic //Frontiers in Medicine. – 2022. – V. 9. – P. 953724. doi.org/10.3389/fmed.2022.953724

Kovačević N. et al. Clostridioides Difficile Infection before and during Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Similarities and Differences //Microorganisms. – 2022. – Т. 10. – №. 11. – С. 2284. doi.org/10.3390/microorganisms10112284

Причины декомпенсации сердечной недостаточности у пациентов различных клинических групп

Сеничкина А.А.[1], Савина Н.М.[2], Ломакин Н.В.[3]

[2]профессор, д.м.н.
[3]доцент, д.м.н.
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики
с курсом нефрологии

Цель исследования: выявить основные причины острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) в группах пациентов различного пола, возраста, с различными фенотипами сердечной недостаточности, с дисфункцией почек, синдромом старческой астении (ССА).

Материал и методы. В исследование был включен 321 пациент с ОДСН, мужчины составили 191 (59,5%), женщины – 130 (40,5%). В качестве основных причин развития ОДСН и госпитализации в стационар [1,2] оценивались случаи неконтролируемой артериальной гипертензии (АГ), ухудшение течения ишемической болезни сердца (ИБС), нарушения ритма сердца, нарушения приема рекомендованных препаратов, другие причины (респираторные инфекции, COVID-19 и др.). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS 23.0.

Результаты. Основные причины декомпенсации у мужчин и женщин не различались. При поступлении в стационар в сравниваемых группах не различалось количество пациентов с уровнями систолического артериального давления (АД) > 140 мм рт.ст. Гендерные различия при оценке показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС) $\geq$ 90 уд/мин также не выявлены. Наиболее частой причиной госпитализации у мужчин являлось обострение ИБС (26,2%; p=0,182), у женщин – нарушения приема рекомендованных препаратов (20,0%; p=0,247).

Включенные в исследование пациенты были разделены на три возрастные группы: менее 69 лет (n=85), от 70 до 79 лет (n=100), 80 лет и старше (n=136). АГ при поступлении встречалась чаще в возрастной группе моложе 69 лет (61,2%) в сравнении с группами 70-79 лет (50,0%) и 80 лет и старше (38,2%; p=0,004). Количество пациентов с тахикардией (ЧСС$\geq$ 90 уд/мин) в возрастных группах не различалось (p=0,187). Другие возможные причины декомпенсации у пациентов сравниваемых групп также не различались.

Определение фенотипа сердечной недостаточности проводилось согласно оценке показателей фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по данным трансторакальной ЭхоКГ [2]. Фенотип со сниженной ФВ ЛЖ ($\leq$ 40%) имели 111 (34,5%) пациентов, с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (41-49%) – 60 (18,6%), с сохраненной ФВ ЛЖ ($\geq$ 50%) – 150 (46,6%) пациентов. Сравнительная характеристика основных причин развития ОДСН в зависимости от фенотипа (табл.) показала, что нарушения приема рекомендованных препаратов на догоспитальном этапе являлось наиболее частой причиной ОДСН у пациентов с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (30,0%; p=0,027). У пациентов с ФВ ЛЖ $\leq$ 40% при поступлении в стационар чаще выявлялись показатели ЧСС $\geq$ 90 уд/мин (29,7%), однако различия между группами пациентов не достигли статистической значимости (p=0,055). В этой группе пациентов часто выявлялись другие причины развития ОДСН (в большинстве случаев COVID-19). В группе пациентов с сохраненной ФВ ЛЖ наибольшая частота (28,0%) госпитализаций была связана с ухудшением течения ИБС.

Таблица 1. Основные причины декомпенсации у пациентов с различными фенотипами

Показатель	ФВ ЛЖ ≤ 40 % n=111	ФВ ЛЖ 41-49% n=60	ФВ ЛЖ ≥ 50% n=150	p
Неконтролируемая артериальная гипертензия	12 (10,8%)	11 (18,3%)	22 (14,7%)	0,382
Обострение ишемической болезни сердца	24 (21,6%)	11 (18,3%)	42 (28,0%)	0,257
Нарушения ритма сердца	18 (16,2%)	9 (15,0%)	32 (21,3%)	0,433
Нарушения режима приема и/или дозирования препаратов	23 (20,7%)	18 (30,0%)	21 (14,0%)	0,027
Другие причины	34 (30,6%)	11 (18,3%)	33 (22,0%)	0,085

У пациентов с дисфункцией почек (n=162; 50,5%), основными причинами госпитализации по поводу ОДСН являлись нарушения приема препаратов (25,3%; p=0,006) и неконтролируемая АГ (18,2%; p=0,031).

Выявление клинических особенностей ОДСН у пациентов с ССА проводилось в группе, включавшей 188 пациентов старше 75 лет. Старческая астения была установлена в период амбулаторного наблюдения пациентов до госпитализации в стационар и выявлялась с помощью опросников Green (при сумме 5 и более баллов) и «Возраст не помеха» (при сумме 3 и более баллов) и теста с подъемом со стула [3]. Сравнение причин ОДСН проводилось между группой «хрупких» пациентов (n=92) и группой пациентов без ССА (n=96). При поступлении в стационар у 42,4% «хрупких» пациентов выявлен уровень систолического АД >140 мм рт.ст. (p=0,048). Нарушения режима приема рекомендованных препаратов выявлены у 27,2% пациентов с ССА (p=0,081). У «хрупких» пациентов в 2 раза чаще выявлялась ЧСС ≥ 90 уд/мин (27,2%), чем в группе сравнения (13,5%; p=0,020).

Заключение. Для предотвращения эпизодов ОДСН ведение пациентов с сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе должно включать более тщательный контроль уровней АД и ЧСС. Неконтролируемая АГ является основной причиной госпитализации по поводу ОДСН в группах пациентов в возрасте до 69 лет, с дисфункцией почек, с ССА. Ведение пациентов на амбулаторном этапе наблюдения также должно включать программы по обучению пациентов с рекомендациями тщательного соблюдения режима приема и дозирования назначенных препаратов, так как выявленные нарушения являются частой причиной развития ОДСН и госпитализации у пациентов с различным клиническим профилем.

Литература

1. Гиляревский С.Р. Влияние базовой терапии на частоту повторных госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности: возможности и ограничения в современной клинической практике. Российский кардиологический журнал. 2021;26(10):46-59.

2. McDonagh T., Metra M., et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 2021; 00: 1-128.

3. Котовская Ю.В., Розанов А.В., Курашев Д.Х. Сердечная недостаточность и синдром старческой астении. Медицинский совет 2018; 16: 72-79.

Клиническая и патоморфологическая семиотика иммуноопосредованных реакций кожи на иммунотерапию опухолей

Сырысева А.Ю.

Ординатор 2-го года
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: syryseva.a@yandex.ru

Актуальность исследования. Иммуноопосредованные дерматологические нежелательные явления (идНЯ) достигают 44% от всех побочных эффектов ингибиторов иммунных контрольных точек (иИКТ) [1] и включают макуло-папулёзные, лихеноидные, псориазиформные, буллёзные высыпания и витилигоподобные реакции, зуд кожи [1-4].

Цель исследования. Изучить клинические формы иммуноопосредованных реакций кожи и патоморфологических паттернов при дерматологических нежелательных явлениях ингибиторами контрольных точек PD-1 и PD-L1.

Материалы и методы. В исследование включено 103 пациента с идНЯ на фоне терапии иИКТ PD-1, PD-L1. Площадь поражения кожи оценивалась с помощью индекса BSA. Степень тяжести идНЯ определялась в соответствии с общими терминологическими критериями нежелательных явлений CTCAE NCI v5.0. При псориазиформной сыпи рассчитывался индекс PASI. Оценка влияния идНЯ на качество жизни больных проводилась с использованием дерматологического индекса качества жизни DLQI. Для определения гистологических паттернов идНЯ проводилась punch-биопсия с дальнейшим патоморфологическим исследованием.

Результаты собственных исследований. В структуре идНЯ ведущее место занимали макуло-папулёзные (30%) высыпания. При всех видах идНЯ отмечалась преимущественно 2 степень тяжести по CTCAE NCI v5.0. Наибольшая площадь поражения кожи по данным индекса BSA наблюдалась у пациентов с псориазиформной сыпью. Показатель DLQI имел прямую корреляцию с площадью поражения кожи, наиболее высокие значения отмечались у пациентов с псориазиформными и лихеноидными высыпаниями (табл.1). Макуло-папулёзная сыпь была представлена пятнами и умеренно инфильтрированными папулами с четкими границами, от светло-розового до красного цвета, сопровождалась зудом. Патоморфологическая картина характеризовалась поверхностным периваскулярным лимфоцитарным инфильтратом с эозинофильными лейкоцитами, спонгиозом эпидермиса, папиллярным отеком дермы и дискератозом. Зуд занимал второе место в качестве наиболее частого нежелательного явления и возникал у 25,2% пациентов. В 57% наблюдений зуд был связан с наличием высыпаний, в 43% наблюдений определялся как самостоятельное нежелательное явление. Лихеноидные высыпания отмечались у 15,5% пациентов и были представлены множественными эритематозными и фиолетовыми папулами и бляшками. Гистологические паттерны: поверхностный лимфогистиоцитарный инфильтрат в области эпидермо-дермального сочленения, паракератоз, гипергранулез, спонгиоз и инфильтрация эозинофилами, с рассеянными апоптотическими кератиноцитами в базальном слое эпидермиса. Псориазиформная сыпь возникала как de novo, так и в результате обострения вульгарного псориаза на фоне терапии иИКТ. Высыпания были представлены эритематозными папулами и бляшками с четкими границами, умеренно выраженной инфильтрацией и шелушением на поверхности. Гистологическая картина: паракератоз, гипогранулез, акантоз с удлинением сетчатых гребней и периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация. Витилигоподобная депигментация наиболее часто

развивалась при лечении меланомы. Менее выраженная симметрия и отсутствие феномена Кебнера отличают данную идНЯ от витилиго. Патоморфологическая картина характеризовалась полным отсутствием меланоцитов в сочетании с полной потерей пигмента в эпидермисе.

Заключение. По результатам проведенного исследования идНЯ на фоне терапии иИКТ PD-1/PD-L1 наиболее часто были представлены макуло-папулезными высыпаниями и зудом, к более редким клиническим формам относились псориазиформная и лихеноидная сыпь, витилигоподобная депигментация. Нежелательные явления со стороны кожи значительно влияют на качество жизни пациентов. Выявленные патоморфологические изменения являются важной составляющей для оказания патогенетически обоснованной сопроводительной терапии пациентов с идНЯ.

Таблица 1. Тяжесть иммуноопосредованных дерматологических нежелательных явлений у онкологических пациентов на основании диагностических индексов

идНЯ	**n (%)**	**период возникновения, недели**	**CTCAE, степень**		**BSA, %**	**PASI, баллы**	**DLQI, баллы**	
				n (%)				
Макуло-папулёзная сыпь	31 (30%)	3 [2;7]	I	11 (35,4%)	27,8	-	I	3,1
			II	17 (54,8%)			II	8,5
			III	3 (9,6%)			III	17,3
Зуд	26 (25,2%)	4 [3;6]	I	6 (23,1%)	-	-	I	3,8
			II	12 (46,2%)			II	7,9
			III	9 (34,6%)			III	9,3
Псориазиформные высыпания	22 (21,3%)	3 [2;5]	I	8 (36,3%)	28,1	37,1	I	5,2
			II	12 (54,5%)			II	16,3
			III	2 (9%)			III	28,5
Лихеноидные высыпания	16 (15,5%)	9 [7;11]	I	10 (62,5%)	19,2	-	I	7,7
			II	5 (31,25%)			II	16,6
			III	1 (6,25%)			III	27,1
Витилигоподобная реакция	8 (7,7%)	8 [7;9]	I	5 (62,54%)	8,3	-	I	2,2
			II	2 (25%)			II	7,3
			III	1 (12,5%)			III	12,4

Литература

1. Лядова М.А., Лядов В.К. Иммуноопосредованные нежелательные явления при терапии ингибиторамиконтрольных точек иммунитета: обзор литературы. Современная Онкология. 2021; 23 (2): 319–326.DOI: 10.26442/18151434.2021.2.200502

2. Шатохина Е.А., Полонская А.С., Круглова Л.С., Шатохин М.Н. Дерматологические нежелательные явления противоопухолевой иммунотерапии моноклональными антителами к PD-1 и PD-L1. Иммунология. 2021; DOI: https://doi.org/10.33029/0206-4952-2021-42-6-641-654

3. Geisler, A. N., Lacouture, M. E. et al. (2020). Immune checkpoint inhibitor-related dermatologic adverse events. Journal of the American Academy of Dermatology, https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.132

4. Sibaud V., Lacouture M.E. Pigmentary changes in patients treated with targeted anticancer agents: a systematic review and meta-analysis. J. Am. Acad. Dermatol. 2017; http://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.06.044

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ. СЕКЦИИ 4-6

Периоперационная нутритивная поддержка как способ ускоренной реабилитации пациентов при хирургических вмешательствах в полости рта

Акимочкина Л.А.

Аспирант
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики хирургической стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: lidia199675@gmail.com

Актуальность. У пациентов, перенесших хирургическую операцию в полости рта, происходит очевидное нарушении режима питания из-за боли и отека в послеоперационной области, воспалительной контрактуры жевательных мышц, влияющих на функции жевания и глотания [1]. Использование нутритивной поддержки в различных областях медицины, в том числе при проведении операций в челюстно-лицевой области в условиях стационара, показало высокую эффективность в снижении послеоперационных осложнений, ускорении сроков восстановления и повышения качества жизни пациентов [2]. Наиболее предпочтительной формой нутритивной поддержки в настоящее время считается энтеральная форма в виде сипинга, обеспечивающая наиболее физиологичный путь поступления питательных веществ [3]. Исходя из этого, использование нутритивной поддержки в сипинговой форме представляется перспективным методом реабилитации пациентов при стоматологических хирургических вмешательствах.

Цель и задачи Изучить влияние нутритивной поддержки на основные клинические и лабораторные показатели, свидетельствующие о течении послеоперационного периода при операциях в полости рта. Оценить эффективность применения нутритивной поддержки в сипинговой форме при стоматологических операциях на основе клинических данных и биохимических показателей смешанной слюны.

Материалы и методы В исследование вошли 65 больных обоего пола в возрасте от 18 до 48 лет с диагнозами: ретинированный или полуретинированный третий моляр нижней челюсти (К01.0 ретинированный зуб). Всем пациентам было проведено сложное удаление третьего моляра нижней челюсти. Пациенты были разделены на 4 группы: пациентам группы 1 назначалась нутритивная поддержка Нутриэн Стандарт (АО «Инфаприм», Российская Федерация), пациентам группы 2 проводились внутримышечные инъекции препарата группы глюкокортикоидов Дексаметазон 4 мг, у пациентов 3 группы использовали сочетание инъекций глюкокортикоидов с нутритивной поддержкой по предложенной нами схеме [4], у пациентов 4 группы стандартные мероприятия в послеоперационном периоде ничем не дополнялись. В периоперационном периоде оценивали характер питания с помощью стандартного дневника питания, визуально оценивали выраженность коллатерального отека, воспалительную контрактуру жевательных мышц по ширине открывания рта в см, интенсивность боли по ВАШ. Сбор смешанной слюны проводили до операции, и на 3-и, 5-е и 14-е сутки после операции в стерильные пробирки и транспортировали в лабораторию в замороженном состоянии для последующего иммуноферментного анализа на С-реактивный белок, секреторный иммуноглобулин А и кортизол.

Результаты По результатам оценки нутритивного статуса больных выявлено, что в группах 2 и 4, в которых пациентам не была назначена нутритивная поддержка

отмечалось уменьшение энергетической ценности рациона в период со дня операции до 5 суток после оперативного вмешательства. Наибольшее снижение калорийности рациона отмечено на 1-е сутки после операции (на 570 ккал во 2 группе и на 679 ккал в 4 группе). При этом у пациентов, получавших нутритивную поддержку лечебным питанием Нутриэн Стандарт по предложенной схеме отмечается поддержание привычного суточного калоража. У пациентов группы 3, которым была назначена нутритивная поддержка в сипинговой форме в сочетании с инъекциями глюкокортикоидов, отмечаются наилучшие показатели по всем исследуемым клиническим параметрам, а именно на 3-и сутки после операции в сравнении с контрольной группой 4 на 31% менее выражен болевой синдром, на 53% менее выражен коллатеральный отек и на 13% меньше воспалительная контрактура жевательных мышц. В биохимическом анализе смешанной слюны выявлено увеличение содержания С-реактивного белка на 3-5 сутки у пациентов в группах 1 и 4, в которых не проводили инъекции препарата дексаметазон, а в группах 2 и 3 отмечено лишь незначительное (у 22% пациентов) появление С-реактивного белка на 1 сутки и отсутствие СРБ в 100% образцов в остальные дни.

Заключение Применение нутритивной поддержки в сипинговой форме в качестве одного из способов ускоренной реабилитации пациентов при оперативных вмешательствах в полости рта является эффективным неинвазивным методом. Анализ клинических данных, а также биохимических показателей смешанной слюны доказывает, что использование дополнительного лечебного питания у пациентов с ограничениями в питании в послеоперационном периоде должно рассматриваться, как важная составляющая восстановительных мероприятий не только при оказании хирургической помощи в условиях стационара, но и в рамках амбулаторного хирургического стоматологического приема.

Литература

1. Giridhar V U. Role of nutrition in oral and maxillofacial surgery patients // Natl J Maxillofac Surg. – 2016. - №7. – P. 3-9.
2. Weimann A., Braga M., Carli F., et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery // Clin Nutr. – 2021. - №40(7). – P. 4745-4761.
3. Руководство по клиническому питанию. Под ред. В.М. Луфта СПб., 2016. - 484 с.
4. Панин А.М., Крихели Н.И., Гуревич К.Г., Цициашвили А.М., Островская И.Г., Акимочкина Л.А. Способ периоперационного ведения пациентов с использованием нутритивной поддержки в сипинговой форме в сочетании с инъекциями глюкокортикоидов при хирургических стоматологических вмешательствах // Патент РФ №2783692. 2022. Бюл. № 32.

Динамическое изучение показателей микроциркуляции в тканях пародонта после использования ополаскивателей с различными лечебно-профилактическими компонентами в комплексе проведения профессиональной гигиены полости рта

Андреев Д.И.[1], Петров А.А.[2]

[1]Студент, [2]аспирант
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России
Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
Санкт-Петербург, Российская Федерация
E-mail: andreevd01@icloud.com

Введение. После проведения профессиональной гигиены полости рта (ПГПР) показатели микроциркуляции в тканях пародонта кратно возрастают, а применение ополаскивателей способствуют восстановлению функционального фона микроциркуляции [1,2]. Существует большое количество активных веществ, входящих в состав ополаскивателей. Данные средства в зависимости от состава могут выполнять несколько функций одновременно: очищение ротовой полости от бактерий, способствовать профилактике кариеса и заболеваний тканей пародонта, обеспечение свежести дыхания. Однако на данный момент существует недостаточно исследований, конкретизирующих эффект от различных ополаскивателей [3,4].

Цель. Изучить влияние ополаскивателей с различными лечебно-профилактическими компонентами, применяемых в комплексе профессиональной гигиены полости рта, на показатели микроциркуляции в тканях пародонта.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Рандомизировано отобрано 63 пациента в возрастной группе молодого возраста (18-35 лет). После осмотра проведена профессиональная гигиена полости рта, включавшая удаление неминерализованного налета с помощью воздушно-порошкового аппарата с активным ингредиентом, входящим в состав порошка, бикарбонатом натрия и размером гранул 65 мкм, удаление минерализованных наддесневых зубных отложений проводилось с использованием ультразвукового скайлера с частотой колебаний – 25000-32000 Гц. В ходе антисептической обработки полости рта пациенты были разделены на три группы по использованию ополаскивателя: с хлоргексидином (0,20%) и гиалуроновой кислотой (А); с эфирным маслом гвоздики и фенхеля, фермента бромелаина и лизата бифидобактерий (Б); на основе эфирных масел: тимол, эвкалиптол, ментол, метилсалицилат (В); в качестве контрольной группы использовалась дистиллированная вода (Г). Методом ультразвуковой доплерографии была измерена линейная скорость кровотока (Vs) в тканях пародонта непосредственно после проведения ПГПР, непосредственно после использования ополаскивателя, через 15 минут, через 30 минут и через 60 минут после его использования.

Результаты. После использования всех видов ополаскивателей происходит изменение функционального состояния сосудов микроциркуляторного русла в тканях пародонта. После проведения ПГПР во всех исследуемых группах наблюдается ускорение скорости кровотока, что свидетельствует о комплексном воздействии ультразвука и воздушной абразии на тканях пародонта. После непосредственного применения ополаскивателей наибольшие изменения микроциркуляции, проявляющиеся в замедлении показателей средней линейной скорости тканевого кровотока, составили в группах А и В – Vs - 6,58 ± 0,28 см/с и Vs - 6,59 ± 0,26 см/с соответственно. Через 60 минут после использования ополаскивателей процент изменения микроциркуляции в тканях пародонта в соотношении от непосредственного проведения ПГПР следующий:

группа А – 15%, группа Б – 13%, группа В – 16%, группа Г – 1%, что отражает распределение трофического обеспечения и нормализации физиологического фона микроциркуляции в тканях пародонта после проведения ПГПР.

Выводы. При использовании ультрадисперсного воздействия воздушно-порошковых систем, а также ультразвукового скайлера происходит изменение функционального состояния сосудов микроциркуляторного русла в тканях пародонта. Применение ополаскивателей в комплексе проведения ПГПР через 60 минут после его применения способствует нормализации физиологического фона микроциркуляции в тканях пародонта. В соответствии с клиническими рекомендациями СтАР, актуализированными 02.08.2018 года, при лечении различных нозологических форм заболеваний тканей пародонта в алгоритме проведения ПГПР следует проводить антисептическую обработку полости рта, выбор активного компонента которого зависит от каждой конкретной клинической ситуации.

Литература

1. Грудянов А. И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2022. - 336 с.

2. Луцкая И. К. Болезни пародонта / И.К. Луцкая. - Москва: РГГУ, 2020. -474 с.

3. Николаев А.И. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / А.И. Николаев. - М.: МЕДпресс-информ, 2021. - 817 с.

4. Улитовский, С. Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте / С.Б. Улитовский. - М.: МЕДпресс-информ, 2019. - 288 с.

Клинико-рентгенологическая характеристика патоморфологического разнообразия окклюзионно-суставных соотношений

Арустамов Х.А.

Студент
Московский Медицинский университет «РЕАВИЗ»
Кафедра стоматологии
Российская Федерация, Москва
E-mail: *x.arustamov@mail.ru*

Определение положения центрального соотношения (ЦС, CR) является неотъемлемым этапом ортопедического, ортодонтического и гнатологического лечения [1, 4, 5]. Множество трактовок, характеризующих положение ЦС находятся в разногласии друг с другом. Отсутствует единое мнение об анатомически выгодной и физиологичной позиции мыщелка [2–5]. Такие противоречия могут являться препятствием для определения истинного положения ЦС, его отношения к окклюзионному компоненту, а также корректному планированию тактики лечения внутрисуставных патологий. Стоит отметить, что все вариации определений описывают морфологически интактный височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС). Однако, реальная клинико-рентгенологическая картина демонстрирует больший диапазон как положения мыщелкового отростка, так и состоянии суставных структур в целом [6, 9], что требует углубленной систематизации.

Посредством анализа литературных источников определено, что наибольшее количество исследователей определяют передне-верхнее положение мыщелка как наиболее физиологичное [8]. Нормальная анатомия и физиология ВНЧС безусловно отвечает критериям необходимым для идентификации центрального соотношения [7].

В то же время, для претерпевшего изменения диско-мыщелкового комплекса P.E. Dawson предложил термин adaptive centric posture (ACP), отражающий адаптивное положение мыщелка и артикулярных структур в суставе, подверженному патоморфологическим изменениям. Позиция характеризуется сбалансированным тонусом жевательной мускулатуры, воспроизводимостью, возможностью воспринимать жевательную нагрузку на ВНЧС при условии ее стабилизации на окклюзионном уровне. Важным аспектом является отсутствие клинической картины СБД ДВНЧС[6].

По данным отечественной литературы окклюзионно-суставные отношения в интактном ВНЧС выражаются формулами CO=CR; CO≠CR. Однако, в случае морфологических повреждений внутрисуставных структур, формула изменяется на CO=ACP; CO≠ACP. Знак неравенства как в первом, так и во втором случае характеризует отсутствие стабильной окклюзионной поддержки мышечно-скелетного ортопедически стабильного положения мыщелковых отростков. Результатом прогрессирования интракапсулярных патоморфологических изменений может стать развитие клинической картины синдрома болевой дисфункции ВНЧС. В таком случае клиническая картина не будет отвечать необходимым критериям для непосредственной идентификации CR или ACP и требует предшествующего разрешения внутрисуставных воспалительных явлений в терапевтической позиции нижней челюсти [1, 6, 8].

Отсутствие единого мнения о корректной клинико-рентгенологической характеристике центрального соотношения как отправной точке планирования комплексной реабилитации пациентов с зубо-челюстно-лицевыми аномалиями остается важной и актуальной проблемой, требующей дальнейших исследований, а также систематизации имеющихся знаний. В свою очередь введение определения адаптивного центрического положения предположительно позволяет разрешить имеющиеся

номенклатурные разногласия и расширить диапазон нормативных критериев диагностической оценки морфофункционального состояния ВНЧС.

Литература

1. Дыбов А. М. Междисциплинарная реабилитация пациентов с врожденными и приобретенными челюстно-лицевыми деформациями на основе протокола трехмерного компьютерного планирования 2021.
2. Лебеденко И. Ю., Арутюнов С. Д., Ряховский А. Н. Ортопедическая стоматология.Национальное руководство / И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнов, А. Н. Ряховский, ГОЭТАР-Медиа, 2022. 416 с.
3. Персин Л. С. Книга "Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций. / Л. С. Персин, 2015. 640 с.
4. Севбитов А. В. [и др.]. Введение в клиническую гнатологию / А. В. Севбитов, В. В. Свирин, А. С. Браго, Н. Р. Саперова, Е. Ю. Канукоева, 2012. 96 с.
5. Хватова В. А. Клиническая гнатология / В. А. Хватова, 2005.
6. Dawson P. E. A classification system for occlusions that relates maximal intercuspation to the position and condition of the temporomandibular joints // The Journal of Prosthetic Dentistry. 1996. № 1 (75). С. 60–66.
7. Ide Y., Nakazawa K. Anatomical Atlas of the Temporomandibular Joint / Y. Ide, K. Nakazawa, перевод H. Kaji, D. O. Overman, Tokyo Berlin Chicago London São Paulo Hong Kong: Quintessence Publishing Co Ltd, 1991. 116 с.
8. Okeson J. P. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion / J. P. Okeson, 8th edition-е изд., Mosby, 2019. 512 с.
9. Wilkes C. H. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery // Internal Derangements of the Temporomandibular Joint. 1989. № 115. С. 469–477.

Изучение ферментного состава десневой жидкости зубов при использовании различных пломбировочных материалов

Арчаков К.А.

Студент
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра кариесологии и эндодонтии
Москва, Российская Федерация
E-mail: kirarchakov692@gmail.com

Актуальность. Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов остается актуальной проблемой современной стоматологии [1]. Основными материалами, применяемыми при восстановлении дефектов твердых тканей зубов, являются цементы, композиты, амальгама и безметалловая керамика. Тип пломбировочного материала может оказывать влияние на состояние пульпо-периапикального комплекса, что было отражено в проведенных раннее исследованиях [2]. Из этого следует, что анализ биосовместимости и токсичности пломбировочных материалов при изучении белкового спектра десневой жидкости может повысить эффективность лечения кариеса и некариозных поражений зубов [3].

Цель исследования. Изучить влияние пломбировочных материалов на состояние пульпо-периодонтального комплекса по показателям ферментного состава десневой жидкости зубов.

Материал и методы. В проведенное исследование были включены 32 пациента в возрасте от 18 до 44 лет, зубы которых были запломбированы различными пломбировочными материалами: группа 1 (контроль) – интактные зубы (n=32); группа 2 – композитные материалы (n=12); группа 3 – амальгама (n=11); группа 4 – безметалловая керамика E-max (n=9). Критериями включения пациентов в исследование являлись: отсутствие маргинального гнгивита в области исследуемого зуба, хороший уровень гигиены полости рта и витальность пульпы. Забор десневой жидкости осуществлялся с использованием эндодонтических пинов(META BIOMED, Южная Корея) размером 20 по ISO в течении 4 минут. Методом спектрофотометрического анализа было определено количество ферментов аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в полученных элюатах десневой жидкости зубов.

Результаты. Активность ферментов АСТ и АЛТ в группе 4 была в 1.5 раза выше в сравнении с данными контрольной группы и в 2 раза выше показателей группы 3 ($p<0,05$). Активность ЩФ в 3 и 4 группе в 1.5 раза превышала показатели 2 и контрольных групп. Активность ЛДГ в 3 группе в 1.8 раза превышала показатели в 2 и 4 группе, а также в 2.5 раза показатели контрольной группы. Наименьшие отличия в активности ферментов между исследуемыми и контрольными образцами наблюдались в группе применения композитных материалов.

Выводы. Установлено, что лучшей биосовместимостью с тканями зуба обладает композитный материал, а наибольшие изменения в ферментном составе десневой жидкости были выявлены при использовании амальгамы. Увеличение активности трансаминаз в десневой жидкости может свидетельствовать о негативном влияние используемых реставрационных материалов на пульпо-периодонтальный комплекс зуба.

Литература

1. Базикян, Э.А. Оперативная дентистрия: препарирование кариозных полостей: учебное пособие / Э.А. Базикян, Г.И. Лукина, А.А. Чунихин, Л.В. Волчкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 112 с.

2. Митронин А.В., Вавилова Т.П., Островская И.Г., Останина Д.А. Анализ белкового спектра пульпы зуба при различной патологии // Биохимия в медицинской практике. Сборник научных трудов, посвященный 75-летию кафедры биологической химии МГМСУ им. А.И. Евдокимова; под общей редакцией д.м.н., проф. Т.П. Вавиловой / М.: Из-во МГМСУ. – 2019. – С. 41-43.

3. Волгин М.А., Кильбасса А.М., Митронин А.В., Останина Д.А., Петинов К.В. Молекулярно-биологическая диагностика воспаленной и невоспаленной пульпы зубов // Российская стоматология. – №12 (1). – 2019. – С. 61-63.

Особенности морфофункционального состояния ВНЧС у лиц с нормальной окклюзией при различных типах роста лицевого черепа

Афанасьева Я.И.

Соискатель ученой степени к.м.н.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ
Кафедра ортодонтии
Москва, Российская Федерация
E-mail: yanikadent@gmail.com

Актуальность В связи с высокой распространенностью заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [1] важным аспектом оценки его морфофункционального состояния является получение диагностических данных, которые могут быть приняты в качестве нормированных для полноценного обследования, динамического наблюдения и анализа результатов лечения. Известно, что существует взаимосвязь элементов ВНЧС с лицевым черепом [2], однако, в современной литературе практически отсутствуют данные о характере этой зависимости и особенностях морфофункционального состояния ВНЧС при различных типах роста (ТР) лицевого отдела черепа.

Цель исследования Совершенствование диагностики морфофункционального состояния ВНЧС у лиц с нормальной окклюзией при различных типах роста лицевого отдела черепа.

Задачи исследования 1) описать состояние ВНЧС у лиц с нормальной окклюзией с дифференцировкой по ТР лицевого черепа по данным КЛКТ; 2) описать состояние ВНЧС у лиц с нормальной окклюзией с дифференцировкой по ТР лицевого черепа по данным МРТ; 3) описать морфофункциональное состояние ВНЧС у лиц с нормальной окклюзией с дифференцировкой по ТР лицевого черепа по данным УЗИ; 4) определить нормированные показатели морфофункционального состояния ВНЧС по всем изученным методам; 5) провести статистический анализ полученных результатов.

Материалы и методы Объектом исследования явились 25 добровольцев в возрасте 18-25 лет, из них - 15 женщин и 10 мужчин с нормальной окклюзией, отсутствием ортодонтического лечения в анамнезе и жалоб со стороны ВНЧС, жевательных мышц. Каждому добровольцу была выполнена телерентгенография головы (ТРГ) в боковой проекции с последующим ранжированием обследованных на три группы в зависимости от ТР лицевого черепа: вертикальный (ВТР), горизонтальный (ГТР), нейтральный (НТР), КЛКТ и МРТ ВНЧС с последующим анализом изображений в программе Horos v.1.0.7. УЗИ ВНЧС проводили на аппарате Logic Scan 128 линейным датчиком HL9.0/60/128Z. Оценку функционального состояния ВНЧС с помощью УЗИ осуществляли путем построения и анализа графиков-траекторий движения суставных головок (СГ) при опускании и поднимании нижней челюсти (НЧ) согласно методике, представленной в патенте [3]. Статистический анализ полученных данных проводили методом t-критерия Стьюдента. Всего проанализировано 2700 наблюдений.

Результаты исследования Средний возраст добровольцев составил 22,2±3,1 лет. После ранжирования всех обследуемых по ТР определили 12 лиц с ГТР, 8 – с НТР, 5 – с ВТР. По данным КЛКТ у лиц с ВТР наибольшие средние значения определены по параметрам: длина мыщелкового отростка (18,95±0,2 мм), высота СГ (6,78±0,3 мм), величина суставной щели (СЩ) в переднем (2,1±0,3 мм) и заднем (3,5±0,2 мм) отделах, величина СЩ по верхнемедиальной поверхности (2,84±0,4 мм), у лиц с ГТР - ширина СГ в аксиальной плоскости (7,37±0,6 мм); у лиц с НТР – длина СГ в аксиальной плоскости (17,02±0,05 мм) ($p < 0,001$); наименьшие параметры у лиц с ВТР – длина и

ширина СГ в аксиальной плоскости (15,8±0,08 мм и 6,88±0,08 мм соответственно), у лиц с ГТР – длина мыщелкового отростка (17,66 ± 0,03 мм), величина СЩ в переднем отделе (1,83±0,03 мм); у лиц с НТР – высота СГ (6 ±0,05 мм), величина СЩ в заднем (2,61±0,3 мм) (p<0,001). По данным МРТ у лиц с ВТР наибольшие средние значения определены по параметрам: длина суставного диска (СД) (12,9±0,03 мм), величина заднего отдела СЩ (2,49±0,03 мм); у лиц с ГТР – величина заднего утолщения СД (2,62±0,04 мм), у лиц с НТР – величина переднего отдела СЩ (2,54±0,02 мм) (p<0,001); наименьшие параметры у лиц с ГТР – длина СД (12,65±0,03 мм); у лиц с НТР – величина заднего отдела СЩ (2,12±0,01 мм) (p<0,001). По данным УЗИ у лиц с ВТР наибольшие средние значения определены по параметрам: задний отдел СЩ (2,46±0,01мм), у лиц с ГТР – величина заднего утолщения СД (1,55±0,02 мм), длина суставного пути (СП) при открывании и поднимании НЧ (14,2±1,2 мм), у лиц с НТР – величина переднего отдела СЩ (2,04±0,04 мм), наименьшие значения у лиц с ГТР – величина СЩ в трех отделах (1,69±0,04 мм, 2,21±0,02мм и 2,14±0,03 мм соответственно), у лиц с ВТР - длина СП при открывании и поднимании НЧ (12,9±1,1 мм) у лиц с НТР – величина заднего утолщения СД (1,26 ±0,03) (p<0,001).

Выводы Полученные результаты показали наличие статистически значимых различий морфофункционального состояния ВНЧС у лиц с нормальной окклюзией при различных типах роста лицевого черепа. Данные о морфофункциональных особенностях ВНЧС при различных типах роста (ТР) могут быть приняты в качестве нормированных показателей и будут способствовать повышению качества диагностики ЗЧС и лечения пациентов, в том числе с заболеваниями ВНЧС.

Литература

1. Головатенко О. В., Шевкунова Н. А., Хусаинов А. И. Анализ встречаемости признаков дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстного сустава у лиц молодого возраста // Международный научно-исследовательский журнал. 2021. №11(113). Часть 2. С. 140-142.
2. Спицына О. Б., Халиляева Н.Э., Перепеченкова Н. П., Косолапов В.В. Влияние развития лицевого скелета по вертикали на возникновение дисфункции ВНЧС у пациентов с дистальной окклюзией // Вестник Новгородского государственного университета. 2022. №2(127). С. 6-9.
3. Пат. 2760384 Российская Федерация, МПК А 61 В 8/00. Способ графической регистрации траектории движения головки нижней челюсти на основе ультразвукового исследования/ С. Н. Ермольев с соавт. ; заявитель и патентообладатель МГМСУ. – №2020113200, ; заявл. 27.03.2020; опубл. 24.11.2021 Бюл. № 33.

Воспроизводимость морфометрических показателей микрокристаллизации ротовой жидкости при одонтогенных воспалительно-деструктивных процессах челюстно-лицевой области

Барсукова Н.В.

Студент
Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии
г. Минск, Республика Беларусь
E-mail: ngerts123n@tut.by

Актуальность. Инфекционно-воспалительные процессы (ИВП) челюстно-лицевой области представляют один из важных медико-социальных вопросов, что объясняется высоким уровнем заболеваемости, варьирующим в пределах от 60% до 67% (К.Г. Краков и соавт., 2015; H. Mehra, 2013). Ситуацию усугубляет то, что в структуре острых ИВП указанной локализации доля одонтогенных процессов составляет 70% с тенденцией к ее увеличению (И.П. Романенко и соавт., 2017). На фоне постоянно возрастающего внимания к ротовой жидкости (РЖ), как диагностической среде организма человека (Д.А. Доменюк и соавт., 2016), все больше работ направлено на исследование ее микрокристаллизации (Ю.А. Чуракова и соавт., 2020), а в последние годы – на анализ морфометрических показателей кристаллографии этой среды (Н.В. Булкина и соавт., 2015). При этом до настоящего времени в специальной литературе не представлены результаты исследований, доказывающие воспроизводимость морфометрических показателей микрокристаллизации РЖ при различной стоматологической патологии, в том числе и при одонтогенных ИВП челюстно-лицевой области.

Цель: исследовать воспроизводимость морфометрического показателя – фрактальная размерность периферической зоны препарата микрокристаллизации РЖ при одонтогенных ИВП челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Осуществлено ретроспективное исследование, выполненное на препаратах микрокристаллизации РЖ архива кафедры хирургической стоматологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Исследовано 82 препарата (246) образцов, которые в соответствии с нозологическими формами были разделены на группы. Группа 1 – 24 микропрепарата (72 образца) пациентов с диагнозом хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит (ВЧС). Группа 2 – 28 микропрепаратов (84) лиц с диагнозом острый одонтогенный ВЧС. Группа 3 – 20 микропрепаратов (60) пациентов с диагнозом острый гнойный одонтогенный периостит челюсти. Группа 4 состояла из 10 микропрепаратов (30) здоровых лиц по соматическому и стоматологическому статусу, и являлась контрольной.

Микропрепараты изготавливали по методике в модификации П.А. Леуса (1977). Морфометрические измерения осуществляли в световом микроскопе с увеличением х10. Статистическую обработку осуществляли с использование пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Фрактальная размерность периферической зоны микропрепаратов групп 1, 2, 3 и 4 составила 92,45±3,34 мкм, 83,01±3,01 мкм, 84,00±3,05 мкм и 101,00±2,25 мкм, соответственно. Данные результаты согласуются со сведениями Н.Н. Соломатиной (2011) и не противоречат данным Н.В. Булкиной и соавт. (2015). При сравнительной оценке в группах были констатированы достоверные различия при сравнении данных групп 1, 2 и 3 с контролем: t_{1-4}=2,12, p<0,05; t_{2-4}=3,76, p<0,001 и t_{3-4}=4,48, p<0,001, соответственно. Были получены достоверные различия при сопоставлении результатов группы 1 с показателями групп 2 и 3: t_{1-2}=2,09, p<0,05 и t_{1-}

$_3$=1,95, p<0,05, соответственно. При сравнении данных групп 2 и 3 достоверных различий обнаружено не было t_{2-3}=0,23, p>0,05.

Вывод. Результаты выявляют хорошую воспроизводимость морфометрического показателя – фрактальная размерность периферической зоны препарата микрокристаллизации РЖ при одонтогенных ИВП челюстно-лицевой области, что дает основание использовать его в качестве дополнительного диагностического и оценочного теста.

Литература

1. Казакова, Ю. М. Изменение микрокристаллизации ротовой жидкости у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в процессе стандартного лечения / Ю. М. Казакова // Тр. молод. уч. : сб. науч. раб. Минск : БГМУ, 2005. С. 59–63.
2. Походенько – Чудакова И.О. Прогнозирование течения гнойно-воспалительных процессов в челюстнолицевой области: учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, Ю. М. Казакова. – Минск: БГМУ, 2008. – 28 с
3. Походенько-Чудакова, И. О. Прогнозирование течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области по данным биохимических показателей ротовой жидкости / И. О. Походенько-Чудакова, Ю. М. Казакова // сб. мат. Междунар. конф. «Новые технологии военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени». СПб, 2006. С. 305–306.

Морфометрические изменения верхних дыхательных путей и функции носового дыхания у больных после проведении ортогнатических операций

Берро Ф.[1], Редько Н.А.[2]

[1]Аспирант
[2]Ассистент
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России
кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии
Москва, Российская Федерация
E–mail: fouad8berro@gmail.com

Хорошо известно, что анатомия верхних дыхательных путей может влиять на проблемы с обструкцией дыхательных путей. У лиц с апноэ во сне размер верхних ротоглоточных дыхательных путей меньше по сравнению с контрольными субъектами без нарушений сна [1].

Окружающие черепно-лицевые структуры могут уменьшить объем верхних дыхательных путей, что приведет к увеличению вероятности коллапса глотки [2].

Изменения объема верхних дыхательных путей после ортогнатической хирургии оценивались с использованием измерений трехмерных изображений, полученных с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) [3].

Согласно сопоставлению результатов анализа КЛКТ до и после перемещений сагиттальное направление движений верхней и нижней челюсти коррелирует с изменениями в дыхательных путях по данным риноманометрии [4].

Важно отметить, что изолированная хирургия по перемещению только нижней челюсти назад обычно уменьшает объем дыхательных путей во всех трех сегментах дыхательных путей; изолированное выдвижение верхней или нижней челюсти, двухчелюстное продвижение и хирургическое расширение верхней челюсти обычно увеличивают объем дыхательных путей в целом дыхательных путях и ротоглотке, среди которых эффект бимаксиллярной хирургии продвижения кажется наиболее значительным [5].

Литература

1. Steegman R, Hogeveen F, Schoeman A, Ren Y. Cone beam computed tomography volumetric airway changes after orthognathic surgery: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2023 Jan;52(1):60-71. doi: 10.1016/j.ijom.2022.05.013. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35788289.

2. Pellby D, Bengtsson M. Changes in the upper airway volume after orthognathic surgery: three-dimensional measurements in a supine body position. Int J Oral Maxillofac Surg. 2022 Dec 5:S0901-5027(22)00462-3. doi: 10.1016/j.ijom.2022.11.012. Epub ahead of print. PMID: 36481123.

3. Fatani B, Fatani O, Fatani A, Fatani JA, Al-Safadi A. Changes in Pharyngeal Airway Space and Oxygen Saturation Following Mandibular Setback Surgery: A Narrative Review. Cureus. 2022 Nov 6;14(11):e31178. doi: 10.7759/cureus.31178. PMID: 36483890; PMCID: PMC9727500.

4. Shujaat S, Shaheen E, Riaz M, Politis C, Jacobs R. Three-Dimensional Pharyngeal Airway Space Changes Following Isolated Mandibular Advancement Surgery in 120 Patients: A 1-Year Follow-up Study. J Imaging. 2022 Mar 22;8(4):82. doi: 10.3390/jimaging8040082. PMID: 35448209; PMCID: PMC9029548.

5. Li H, Sun C, Chen Y, Sun Z, Gao X. Quantitative changes of upper airway in class III patients undergoing bimaxillary surgery after one-year follow-up: a retrospective study. Head Face Med. 2022 Apr 19;18(1):14. doi: 10.1186/s13005-022-00317-2. PMID: 35440012; PMCID: PMC9016938.

Алгометрический мониторинг профиля боли при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани

Блинов М.С.

Соискатель
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ
E–mail: *blin-mikhail@yandex.ru*

В последние годы все больше внимание привлекает состояние различных структур организма при недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) [1, 2]. По данным литературы, для многих вариантов НДСТ характерно уменьшение мышечной массы, размеров мышечных волокон поперечнополосатой мускулатуры, что косвенно свидетельствует об атрофии мышечной ткани. Вместе с тем, в литературе встречаются сведения о возможной роли НДСТ в развитии синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (БД ВНЧС).

Целью нашего исследования явился алгометрического мониторинг боли у пациенток с БД ВНЧС на фоне НДСТ. Были обследованы 44 женщины, в возрасте от 18 до 35 лет из которых сформированы 2 группы исследования. В 1-ю группу – клиническую вошли 20 женщин, страдающих БД ВНЧС, ассоциированной с НДСТ; во 2-ю группу сравнения включили 22 женщины с СБД ВНЧС, у которых признаки НДСТ при обследовании отсутствовали. Алгометрический мониторинг боли проводили по методике количественного описания боли, основанной на самооценке пациентами различных компонентов болевых ощущений, не связанных с нанесением внешних раздражителей.

Алгометрический мониторинг боли проводится на основании субъективных ощущений пациента, описываемых с использованием набора слов, отражающих болевое переживание. 78 наиболее часто употребляемых для описания боли слов-дескрипторов распределены на 20 пунктов по нарастанию смыслового значения, например: 1. схватывающая, пульсирующая, дергающая, стегающая, колотящая; 2. боль как электрический разряд, сильный удар током, выстрел; 3. колющая, впивающаяся, буравящая, сверлящая, взрывная; острая, режущая, полосующая, кромсающая и т.д. Указанные дискрипторы сгруппированы в 3 класса:

1-й класс (с 1-го по 13-й пункты) – сенсорная характеристика боли (временные, пространственные, сравнительные описания);

2-й класс (с 14-го по 19-й пункты) – аффективная характеристика боли (термины эмоциональных состояний);

3-й класс (20-й пункт) – оценочная характеристика боли (термины субъективной оценки интенсивности боли).

Полученные результаты оценивались по различным характеристикам болевых ощущений, выбранных пациентом, определялось количество слов-дескрипторов в момент первичного обращения.

Подсчитывали процент выбранных слов по отношению к общему количеству предложенных слов-дескрипторов (100%) каждой модальности.

По результатам опроса пациентов и установления компонентов различных составляющих боли, причин, провоцирующих ее появление, создавали личный «профиль боли» или алгограмму в которой по длине отрезков оценивали различные компоненты боли . По общей площади делали её обобщенную оценку.

По результатам анализа составляющих компонентов алгограмм установлено, что у пациентов 1-й группы – клинической наиболее длинный отрезок обобщенной алгограммы, составивший 15%, соответствует аффективному компоненту боли. Этот

факт свидетельствует о большей эмоциональной лабильности с более выраженными явлениями депрессии и тревоги у пациентов с синдромом БД ВНЧС на фоне НДСТ. У пациентов 2-й группы – сравнения максимальный отрезок составляющего компонента алгограммы (15%) приходится на вегетативный компонент боли, сопровождающийся общим возбуждением и симпатическими эффектами – усилением дыхания, повышением артериального давления, тахикардией и т.д.

Обобщенная оценка общей площади «профиля боли» показала, что у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (1-я группа) площадь «профиля боли» занимает немногим больше половины (58%).

Общая площадь «профиля боли» у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС без фоновой патологии соединительной ткани (2-я группа) занимает почти ¾ от всей площади алгограммы (71%).

На фоне НДСТ общая площадь профиля боли занимает 71% от всей площади алгограммы; преобладающим компонентом алгограммы (15%) является аффективный компонент боли. При отсутствии НДСТ площадь «профиля боли» занимает 58%; максимальным составляющим алгограммы (15%) является вегетативный компонент боли.

Литература

1. Иконникова, Е.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани в дерматологической и косметологической практике (клинический случай)/ Е.В. Иконникова, А. Г. Стенько, Л.С. Круглова // Медицинский алфавит. Серия «Серия «Дерматология». – №26/2019. – т.2.– №26 (401). – С. 29-33.

2. Самедов, Ф.В. Структура и распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц подросткового возраста с наследственно обусловленной патологией. Ф.В. Самедов, Р.Д. Юсупов, Ю.С. Арутюнян, Т.А. Кондратьева, Д.А. Доменюк Медицинский алфавит. 2020;(35):22-31. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-35-22-31.

Реабилитация пациентов с отсутствием зубов с опорой на дентальные имплантаты, установленные по навигационным хирургическим шаблонам. Хирургический этап.

Ваулина Д.С.[1], Редько Н.А.[2]

[1]Аспирант
[2]Ассистент
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России,
*кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии, *
Москва, Российская Федерация
E–mail: vaudoc@mail.ru

Введение

Стоматология является активно развивающейся областью медицины, в связи с этим повышаются требования к качеству стоматологического лечения [1]. В случае проведения дентальной имплантации повышение качества имплантологического лечения подразумевает оптимальное положение дентального имплантата относительно костной ткани и ортопедической конструкции, профилактику резорбции костной ткани, увеличение срока службы дентальных имплантатов [2]. Ортопедическое лечение пациентов с использованием внутрикостных имплантатов является функционально и эстетически эффективным методом замещения дефектов зубных рядов или лечения полного отсутствия зубов [3]. Однако успешность протезирования пациентов с опорой на дентальные имплантаты во многом зависит от тщательного планирования и предоперационной подготовки [4-5]. В настоящее время развитие методов трехмерной визуализации и программ для планирования дентальной имплантации способствует широкому распространению установки дентальных имплантатов с помощью хирургических шаблонов. Хирургические шаблоны для дентальной имплантации позволяют не только повысить точность, но и сократить время оперативного вмешательства [6].

Цель исследования

Оценить точность позиционирования дентальных имплантатов, установленных при использовании различных хирургических шаблонов у пациентов с различными дефектами зубных рядов.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 26 пациентов с включенными и концевыми дефектами зубных рядов. Всем пациентам проведено клиническое обследование, фотопротокол, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и внутриротовое сканирование зубных рядов. После чего проведено планирование оперативного лечения и изготовление хирургических шаблонов по данным КЛКТ и оптического оттиска в программном обеспечении - 3Shape Implant Studio (3Shape, Дания). Изготовление хирургических шаблонов проводилось методом трехмерной печати на DLP (Direct Light Processing (англ.) – цифровая обработка света) принтере и методом фрезерования из полиметилметакрилатных дисков. По изготовленным хирургическим шаблонам для пилотной остеотомии была произведена установка 65 дентальных имплантатов. Через 4 на основании данных планирования и послеоперационной КЛКТ проведено сравнение планируемого и фактического положения имплантатов в цифровом программном обеспечении. Были измерены среднее осевое отклонение, отклонение верхушки и в области шейки имплантата. Полученные данные занесены в таблицу и обработаны с помощью описательной статистики в программе STATISTICA ver. 13.5

Результаты

При оценке точности позиционирования имплантатов с использованием хирургических шаблонов для пилотной остеотомии, изготовленных методом трехмерной печати, были получены следующие данные. Среднее осевое отклонение составило 6,52±5,10°, средняя величина отклонения в области верхушки имплантатов составила 0,78±0,94мм, средняя величина отклонения в области шейки имплантата, составила 0,75±0,72мм. Фрезерованные хирургические шаблоны показали более высокую точность и превзошли напечатанные по всем измеряемым параметрам: среднее осевое отклонение, средняя величина отклонения в области верхушки имплантатов и средняя величина отклонения в области шейки имплантата составили соответственно 4,04±3,43°, 0,53±0,39 мм и 0,51±0,40мм. Все используемые шаблоны показали погрешность, находящуюся в рамках «зоны безопасности» дентальных имплантатов (2 мм), что позволяет рекомендовать их в качестве метода, повышающего качество имплантологического лечения.

Заключение

На сегодняшний день проблема повышения точности установки дентальных имплантатов является одним из самых актуальных вопросов дентальной имплантации. В рамках проведенного исследования более высокую точность показали фрезерованные хирургические шаблоны для пилотной остеотомии. Показатели, полученные в группе хирургических шаблонов для пилотной остеотомии,изготовленных методом трехмерной печати, также являются удовлетворительными. Установка дентальных имплантатов с использованием хирургического шаблона – это метод, который позволяет повысить точность и эргономичность дентальной имплантации, а также оптимально позиционировать дентальный имплантат относительно ортопедической конструкции.

Литература

1. Дробышев А. Ю., Янушевич О. О. Челюстно-лицевая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 880 с.
2. Дробышев А.Ю., Ваулина Д.С, Редько Н.А. Оценка точности позиционирования дентальных имплантатов с использованием стереолитографических хирургических шаблонов, изготовленных по различным оптическим моделям — Актуальные вопросы стоматологии, Сборник трудов всероссийской V научно-практической конференции с международным участием. 2021. Киров – С. 48-50.
3. Дубова Л.В., Малик М.В., Ступников П.А., Гильманова Н.С.Анализ сравнительной оценки реабилитации и качества жизни пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти при пользовании полными съемными протезами и покрывными протезами с опорой на дентальные имплантаты/ Актуальные вопросы стоматологии Сборник научных трудов, посвящённый 90 летнему юбилею Великого ученого и деятеля науки проф. В.Н. Копейкина. Москва, 2019, С. 34-38
4. Цаликова Н.А., Дзгоева М.Г., Фарниева О.А. Компьютерные технологии в ортопедической стоматологии. Владикавказский медико-биологический вестник. 2013; 16(24-25): 98-103.
5. Кулаков А.А., Гветадзе Р.Ш., Буцан С.Б. и соавт. Клинические возможности применения трехмерного компьютерного моделирования для планирования имплантологического лечения пациентов с частичной или полной адентией в сложных анатомотопографических условиях. – Стоматология. – 2011. – №2. – С. 28-37.
6. Bulannikov A.S., Marymov O.V., Semenov V.P. Using the computer technologies due to diagnosties and planning of ortopaedic treatruent by endoosal implants // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2005. – № 3(15). – P. 70–72.

Дентальная имплантация у пациентов с синдромом Шегрена

Вехбе Х.Т.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: amlettik@gmail.com

Синдром Шегрена - это хроническое воспалительное аутоимунное системное заболевание, поражающее экзокринные железы, сопровождающееся лимфоцитарной инфильтрацией с последующим фиброзным и жировым замещением ацинарной ткани и их стромы, что приводит к снижению секреторной функции. Пациенты со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания получают глюкокортикостероидную и биологически активную терапию иммунодепрессантами. Известно, что терапия глюкокортикостероидами свыше 3 месяцев приводит к развитию стероидиндуцированного остеопороза. В то же время доказано, что состояние костного ремоделирования играет ведущую роль в поддержании микроархитектоники костной ткани, влияет на репаративные процессы, остеоинтеграцию и определяет риск развития осложнений [1, 2].

Проблема стоматологической реабилитации пациентов с синдромом Шегрена обусловлена невозможностью использования съемных ортопедических конструкций, в связи с тем, что их стоматологический статус снижен по причине гипосаливации и ксеростомии. Альвеолярный гребень не может представлять собой адекватное протезное ложе, так как нарушение репаративных процессов приводит к его атрофии. Решением данной проблемы, по мнению ряда авторов, выступает несъемное протезирование с опорой на дентальные имплантаты. Известно, что частота постоперационных осложнений у пациентов с синдромом Шегрена сохраняется на низком уровне, при том, что потеря кортикального слоя возле остеинтегрированного имплантата выше, чем у пациентов из общей популяции. У пациентов с первичным синдромом Шегрена частота отторжения была ниже, чем у пациентов с вторичным синдромом Шегрена, но оставалась на допустимом низком уровне. По наблюдению авторов научной статьи-процент периимплантита составлял суммарно 4.1% от общих случаев протезирования дентальными имплантатами [3]. Состояние микроархитектоники костной ткани у пациентов со стероидиндуцированным остеопорозом не позволяло с уверенностью говорить о возможности полноценной реабилитации с помощью дентальной имплантации [4]. По мнению авторов основной риск связан с тем, как костная ткань с нарушенным процессом ремоделирования отреагирует на ортопедическую конструкцию под естественной жевательной нагрузкой [2, 4].

Таким образом, дентальная имплантация у пациентов с синдромом Шегрена является перспективным и наиболее благоприятным способом лечения при данной патологии. Опора на дентальные имплантаты позволяет снизить негативное влияние на слизистую оболочку полости рта, склонную к травматизации. Однако, особенности лечения данных пациентов с применением дентальных имплантатов достаточно не изучены. Необходим комплексный междисциплинарный подход к реабилитации пациентов с синдромом Шегрена, включающим врача-стоматолога хирурга, врача-ревматолога и врача-офтальмолога [2, 5]. Залог успешного лечения при помощи дентальной имплантации заключается в фундаментальной оценке состояния костной ткани челюстей на фоне изменения баланса процессов ремоделирования. Принимая во внимание механизмы и патологические процессы, происходящие в челюстных костях, а также контролируемая

консервативная терапия, направленная на снижение резорбтивных процессов костной ткани, могут привести к успешному и качественному лечению пациентов с синдромом Шегрена.

Литература

1. Козлова М. В., Мкртумян А. М., Белякова А. С. Регуляция метаболических процессов кости при дентальной имплантации // КРЕМЛЕВСКАЯ МЕДИЦИНА
<i>клинический вестник</i>. 2018. Т. 1. № 2. С. 30-39.
2. Barros AWP, Sales PHDH, Carvalho AAT, Patel P, Porter S, Leão JC. Is Sjogren's syndrome a risk factor/contraindication for dental implants? An umbrella review. Spec Care Dentist. 2021 Jul;41(4):453-462. doi: 10.1111/scd.12591. Epub 2021 May 13. PMID: 33987854.
3. Chrcanovic BR, Kisch J, Wennerberg A. Dental implants in patients with Sjögren's syndrome: a case series and a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2019 Sep;48(9):1250-1259. doi: 10.1016/j.ijom.2019.02.005. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30827571.
4. Isidor F, Brøndum K, Hansen HJ, Jensen J, Sindet-Pedersen S. Outcome of treatment with implant-retained dental prostheses in patients with Sjögren syndrome. Int J Oral Maxillofac Implants. 1999 Sep-Oct;14(5):736-43. PMID: 10531746.
5. Shchipskiĭ AV. [Dental implantation and prosthetics in Sjögren's syndrome]. Stomatologiia (Mosk). 2014;93(2):58-62. Russian. PMID: 24781133.

Изучение степени выраженности клинических проявлений в послеоперационном периоде у пациентов при дентальной имплантации с назначением однократной профилактической дозы защищенных пенициллинов

Габидуллина В.Р.[1], Цициашвили А.М.[2], Заборовский А.В.[3]

[1]Аспирант, Кафедра пропедевтики хирургической стоматологии1
[2]Доцент, д.м.н. кафедра пропедевтики хирургической стоматологии1
[3]Доцент, д.м.н., заведующий кафедрой фармакологии
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E-mail: vgab8136@gmail.com

Введение: на сегодняшний день общая тенденция ведения пациента при дентальной имплантации такова, что клиницисты предпочитают назначать антибиотики вне зависимости от соматического статуса пациента. В целом, большая часть мультицентровых исследований приходят к выводу, что профилактическое назначение антибиотиков снижает риски воспалительных осложнений на 66% и, тем самым, повышает процент успеха [1]. Однако имеющиеся схемы назначения антибиотиков достаточно сильно отличаются. В последних исследованиях выводы авторов все чаще говорят о том, что антибиотикопрофилактика должна быть начата заранее, чтобы в момент инцизии в полости рта антибиотик уже циркулировал в кровяном русле [2]. Однако все еще остается предметом дискуссии, какая схема приема препарата – однократная или пролонгированная – наиболее эффективно снижает риски воспалительных осложнений при минимальном воздействии на общее самочувствие пациента.

Цель: оценить течение послеоперационного периода у пациентов, принимавщих однократную профилактическую дозу защищенных пенициллинов перед дентальной имплантацией в благоприятных анатомических условиях на основании клинических и биохимических маркеров.

Материалы и методы: в исследование было включено 15 пациентов, которым была показана отсроченная дентальная имплантация в благоприятных анатомических условиях. Всем пациентам была выполнена КЛКТ, сбор анамнеза, опрос. В день операции пациентам было рекомендовано принять легкий завтрак. Перед операцией, до приема антибиотика, был выполнен сбор смешанной слюны в количестве не менее 1 мл в пробирку. Затем за 30 минут до операции пациент принимал антибиотик Амоксициллина/Клавулановая кислота 875мг+125мг в таблетированной форме. Дентальная имплантация проводилась по стандартному хирургическому протоколу. После операции пациентам было рекомендовано принимать по 1 таблетке Ибупрофена в дозировке 400 мг при появлении болезненных ощущений. Пациенты были приглашены на осмотр на 1-ые, 3-и, 7-ые сутки после операции. В указанные сроки проводилась оценка степени выраженности гиперемии, отека, экссудации, расхождения швов по шкале от 0 до 3. Также в указанные сутки оценивалась степень выраженности боли по визуальной аналоговой шкале от 0 до 10, где значению 0 соответствует отсутствие боли, а 10 – нестерпимая боль. На 3-и сутки был проведен повторный сбор смешанной слюны в количестве не менее 1 мл утром, примерно через 1-2 часа после легкого завтрака. В биохимическом анализе слюны проводилась оценка Ig G, A, M, амилазы. Полученные данные были внесены в общую таблицу и проанализированы.

Результаты: среднее значение боли на 1-ые сутки после операции составило 1.58 балла, на 3-и сутки – 0.6 балла, на 7-ые сутки – 0.13 баллов. По признаку гиперемии

были полученные следующие данные: на 1-ые сутки – 1.33 балла, на 3-и сутки – 1 балл, на 7-ые сутки – 0.133 балла. Степень выраженности отека составила на 1-ые сутки – 1.4 балла, на 3-и сутки – 1 балл, на 7-ые сутки – 0.67 балла. Экссудативные явления на 1-ые и 3-и сутки составили 0.67 балла, на 3-и сутки – 0 баллов. Расхождение швов на 1-ые сутки отсутствовало у всех участников группы, на 3-и суGтки было выражено на 0.2 балла, на 7-ые сутки – на 0.13 баллов. Показатели IgG были следующими: до операции максимальное значение в группе – 196.9 мг/л, минимальное – 0 мг/л, среднее значение – 73 мг/л, медианное – 61.6 мг/л. На 3-и сутки максимальное значение составило 260.6 мг/л, минимальное – 0 мг/л, среднее значение – 112.14 мг/л, медианное – 119.25 мг/л. Показатели IgA были следующими: до операции максимальное значение составило 410.3 мг/л, минимальное – 18.8 мг/л, среднее значение – 256.4 мг/л, медианное значение - 307.2 мг/л. На 3-и сутки максимальное значение составило 408.9 мг/л, минимальное – 66.2 мг/л, среднее – 287.6 мг/л, медианное – 298.2 мг/л. Для показателя IgM были получены следующие данные: в день операции максимальное значение составило 514.8 мг/л, минимальное значение – 27.3 мг/л, среднее значение – 269.7 мг/л, медианное значение – 273.1 мг/л. На 3-и сутки максимальное значение была равно 493.9 мг/л, минимальное – 78.8 мг/л, среднее значение 302.8 мг/л, медианное – 320.9 мг/л.

Заключение и обсуждение: в исследуемой группе пациентов не было получено воспалительных осложнений, которые поставили бы под вопрос успешность дентальной имплантации, однако на протяжении всего периода заживления достаточно выражены были такие признаки, как гиперемия, отек, экссудация. Показатели слюны имеют незначительное отличие в день операции и на 3-и сутки после операции и не позволяют в какой бы то ни было степени предполагать, влияет ли антибиотик на степень выраженности воспаления.

Литература

1. Tabrizi R. Comparison of three antibiotic protocols for prevention of infection in dental implant surgery: A randomized clinical trial / Tabrizi R., Mobin F., Dehghanpour M., Torabi Z.S. // J Craniomaxillofac Surg. – 2022. - №50(4). – С.293-297.
2. Zhurakivska, K., Russo, L.L., Muzio, L.L. et al. Antibiotic prophylaxis at the time of dental implant placement: a cost-effectiveness analysis. BMC Health Serv Res 22, 1073 (2022).

Выбор стратегии стоматологического вмешательства у пациентов с расстройством аутистического спектра

Гаранина Л.А.

Студент
Московский Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: liliagaranina9@gmail.com

Расстройство аутистического спектра (РАС) — группа психических расстройств, вследствие сложного, патологического развития, характеризующееся нарушениями в социальном взаимодействии, речи и невербальной коммуникации, что в значительной степени осложняет диагностические и лечебные мероприятия на стоматологическом приеме [5]. Распространённость первазивного расстройства, включающего в себя все формы аутизма, встречается повсеместно и отмечается неуклонная тенденция к росту численности детей с данными отклонениями. Высокая распространенность кариеса и его осложнений у детей дошкольного возраста составляет до 93%, а у детей школьного возраста и старше до 99% [2]. Интенсивность заболеваний тканей пародонта, выше чем у детей без РАС и составляет более 70%. Часто встречаются зубочелюстные аномалии, требующие ортодонтической коррекции. Исходя из этого, у детей с аутизмом, в лечебных мероприятиях необходимо участие врачей стоматологов всех специальностей с раннего возраста. Полиморбидность, наблюдающаяся на фоне расстройства в сочетании с проблемами самосознания, отсутствием коммуникативных навыков и девиантностью поведения, создает проблему для родителей и медицинского персонала, которая требует разработки и внедрения обучающих программ по тактике ведения, специфике подхода и организации пространств, благоприятных для детей с РАС [1].

На основании литературных данных выявлено, что дети, относящиеся к 1-й и 2-й группе по классификации аутизма по интенсивности поражения аффективной сферы, при проведении стоматологических вмешательств, нуждаются в подготовке и проведению наркоза. Рекомендации по работе с такими пациентами предполагают направленность на снижение критического уровня стресса в непривычных условиях для ребенка такие как сохранение постоянства состава медицинского персонала и обустройство помещений с шумоизоляцией для комфортного пребывания в них, до начала приема [3].

Дети, входящие в 3-ю и 4-ю группы по классификации аутизма, имеют возможность проходить лечение у врачей стоматологов с применением местного обезболивания, однако требуют предварительной психологической подготовки. Видео и аудио материалы, информативно передающие суть предстоящей процедуры и обстановки в клинике, демонстирующиеся в домашниях условиях, могут в значительной мере способстовать более спокойному состоянию ребенка. Для 3 группы крайне желательно использование невербальных носителей информации, таких как специализированные карточки, игровые материалы и предметы, облегчающие взаимопонимание ребенка и врача. Дети 4-й группы способны к восприятию речи и выстраиванию диалога. Для их подготовки зачастую достаточно нескольких симуляционных визитов для знакомства с клиникой и лечащими врачами. Схемы адаптации требуют слаженной и последовательной работы медицинского персонала, специалистов педагогической сферы и родителей в постепенном внедрении новых обстоятельств в привычный жизненный ритм ребенка. Итогом этого является осуществление квалифицированного стоматологического лечения с минимальным негативным воздействием на психоэмоциональный статус пациента с РАС [4].

Литература

1. Адаева Н. В., Пособие по работе с детьми с аутизмом на стоматологическом приёме. / Н.В.Адаева. - Атмосфера, 2022. – 55 с.

2. Гажва С.И., Белоусова Е.Ю., Княщук Е.А., Куликов А.С., Особенности стоматологического статуса у детей с расстройствами аутического спектра. // Современные проблемы науки и образования - 2018. – № 3.

3. Шарыпова О. А., Ковалев К. А., Щербич Р.М., Методические рекомендации для специалистов и родителей, воспитывающих и работающих с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра. - 29 с.

4. Родяшин Е., Раева Т., Фомушкина М., «Организация жизни аутичного ребенка. - 2012.

5. D. Corridore, G. Zumbo, I. Corvino, M. Guaragna, M. Bossù, A. Polimeni, I, Vozza., /Prevalence of oral disease and treatment types proposed to children affected by Autistic Spectrum Disorder in Pediatric Dentistry a Systematic Review. / Department of Oral and Maxillo-facial Sciences, Sapienza University of Rome, Italy. - 2020. - 8 с.

6. Nicoletta Zerman, Francesca Zotti1, Salvatore Chirumbolo, Alessandro Zangani, Giovanni Mauro, Leonardo Zoccante. / Insights on dental care management and prevention in children with autism spectrum disorder (ASD). What is new? / Department of Surgery, Dentistry, Paediatrics and Gynecology, University of Verona, Verona, Italy. Department of Neurosciences, Biomedicine and Movement Sciences, University of Verona, Verona, Italy. Dentistry Private Practice, Mantova, Italy. Autism Veneto Region Center, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata of Verona, Verona, Italy. - 2022. - 18 с.

Моделирование критического костного дефекта с целью оценки остеокондуктивных свойств материала на основе коллагенового гидрогеля

Гнатюк Н.Д.

Аспирант
ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и госпитальной хирургической стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: nikkitagnatiuk@gmail.com

Актуальным вопросом для хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является восстановление объёмов утраченной костной ткани. Ряд острых или хронических процессов, таких как удаление зуба, травмы челюстей, новообразования, воспалительные заболевания, атрофии альвеолярных гребней вследствие утраты зубов приводят к выраженной убыли объёма костной ткани. Такие клинические ситуации диктуют выполнение оперативных вмешательств с целью увеличения объёма кости – костных пластик. Наиболее эффективные и популярные методики основываются на применении различных видов костезамещающих агентов. Костнопластические материалы разнятся по своей природе происхождения, форме, физико-химическим свойствам имея при этом индивидуальные преимущества и недостатки [1].

Коллаген является основным структурным компонентом костного матрикса. Соединения коллагена в различных агрегатных состояниях часто входят в состав остеопластических материалов. Являясь основным белком соединительной ткани, коллаген играет ведущую роль в осуществлении ее функций, в том числе репаративной. Многие производители с целью усиления остеорегенеративных и эргономичных свойств добавляют сухие формы коллагена в состав различных видов костных материалов.

Вопрос применения коллагеновых гидрогелей в качестве костнопластических материалов находится в состоянии активной разработки. На рынке представлено лишь несколько вариантов материалов для костных пластик, содержащих коллагеновый гель в качестве основы. Таким образом изучение остеопластических свойств коллагенового гидрогеля является необходимым и перспективным для хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [2].

С целью оценки остеопластических свойств коллагенового гидрогеля на базе кафедры челюстно-лицевой хирургии и госпитальной хирургической стоматологии, а также на базе вивария ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было спланировано и проведено экспериментальное исследование на лабораторных животных.

Для реализации поставленных задач была выбрана модель критического дефекта свода черепа крысы, многократно применяемая в различных экспериментальных исследованиях.

В эксперимент были включены 60 половозрелых крыс самцов. Под общим обезболиванием выполнялся линейный разрез кожи в области свода черепа, с помощью костного трепана диаметром 8 мм был сформирован бикортикальный костный дефект. Далее все животные были поделены на 3 группы: у животных экспериментальной группы дефект был заполнен комбинированным костным материалов на основе ксеногенной недеминерализованной костной стружки и коллагенового гидрогеля, у животных группы сравнения дефект заполнялся ксеногенной недеминерализованной костной стружкой, а у животных контрольной группы дефект не заполнялся остеопластическим материалом. Далее рана подлежала послойному ушиванию и антисептической обработке.

В раннем послеоперационном периоде у животных всех трёх групп проводилась оценка стандартных клинических признаков: наличие гиперемии и отёка послеоперационной области, нагноение раны, формирование гематомы, расхождение швов. Оценка состояния костного регенерата будет проводится на 30-е, 60-е и 90-е сутки после операции с использованием рентгенологического (компьютерная томография) и гистоморфологического методов.

Использование экспериментальной модели критического костного дефекта свода черепа крысы является оптимальным для оценки остеопластических свойств различных материалов, в частности – материала на основе коллагенового гидрогеля.

Литература

1. Барон А. Регенеративные технологии в стоматологии/ А.Барон, У.Нанмарк. – М.: Практическая медицина, 2015. – 183 с.

2. Кузнецова В. С. и др. Перспективы использования гидрогелей в качестве основы для отверждаемых костно-пластических материалов //Стоматология. – 2017. – Т. 96. – №. 6. – С. 68-74.

Коррекция чувствительных нарушений при травматическом повреждении лицевого нерва с помощью аурикулярной электрорефлексотерапии

Грошев Е.Ю.

Аспирант
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургической стоматологии
Минск, Республика Беларусь
E–mail: hatecraft@tut.by

Актуальность. Травматические повреждения лицевого нерва часто являются ятрогенными [1], и имеют место у 45,0% от общего числа поражений черепных нервов [3]. Известно, что лицевой нерв является смешанным [2]. На современном этапе предложено много методик лечения [1, 2], в том числе и с использованием рефлексотерапии [3]. При этом до настоящего момента в специальной литературе нет сведений о результатах использования с указанной аурикулярной электрорефлексотерапии (ЭРТ) по системе P. Nogier (1951) для восстановления чувствительного компонента при травматическом повреждении n. facialis.

Цель – исследовать возможность применения аурикулярной ЭРТ у пациентов с травматическим повреждением лицевого нерва в анамнезе и восстановленной функцией мимической мускулатуры, для коррекции чувствительных расстройств в отдаленном послеоперационном периоде.

Объекты и методы. Наблюдали и обследовали 38 человек. Из них 26 пациента с восстановленной двигательной функцией n. facialis. Обследование осуществляли не ранее, чем через 1 год и не более, чем через 5 лет после завершения полного курса лечения и получения удовлетворительных функционально-эстетических результатов и 10 практически здоровых лиц, без патологии n. facialis, составивших контрольную группу.

Расстройства чувствительности оценивали на основании индекса оценки боли, расстройств чувствительности и вегетативно-сосудистых нарушений (БРЧВСН) [3], определяемого дважды: до курса ЭРТ и через 1 месяц после его завершения. Полученные данные обрабатывали статистически.

Результаты. Полученные результаты обнаружили присутствие чувствительные расстройств у 100% пациентов с травматическим повреждением лицевого нерва, что соответствует данным И. О. Походенько-Чудаковой (2010) и А.К. Сычевой (2021).

Показатель индекса БРЧВСН лиц без патологии лицевого нерва был 0,55±0,1 баллов (И. О. Походенько-Чудакова, 2005). Его изменения у обследованных пациентов свидетельствуют о возможности получения хороших результатов лечения при использовании ЭРТ по системе P. Nogier (1951).

При первом обследовании данные индекса составили 1,20±0,07 балла, что имело достоверные различия с показателем контроля ($p<0,01$).

При втором исследовании (через 1 месяц после завершения курса ЭРТ) показатель индекса составил 0,76±0,09 балла, что не обнаруживало значимых различий с контролем. Однако при сопоставлении результатов между собой были определены достоверные различия при ($p<0,01$).

Вывод. Представленные данные позволяют заключить, что имеют место значимые нарушения чувствительности при травматическом повреждении периферических ветвей лицевого нерва в отдаленный период после завершения курса комплексного лечения, не взирая на достигнутый удовлетворительный функционально-эстетический результат и определяют возможность их коррекции при помощи ЭРТ по системе P. Nogier (1951).

Литература

1. Байтингер, В. Ф. Травма лицевого нерва – современное состояние проблемы / В. Ф. Байтингер, М. В. Родиков, Р. А. Пахомова // Современные проблемы науки и образованя. – 2015. – № 6. – С. 187.

2. Клиника, диагностика и лечение невропатий лицевого нерва / А. С. Артюшкевич [и др.] // Современная стоматология. – 2015. – № 2. – С. 23–28.

3. Походенько-Чудакова, И. О. Реабилитация больных с травматическим периферическим невритом лицевого нерва: монография / И. О. Походенько-Чудакова. – Минск: БГМУ, 2010. – 167 с.

Возраст и пол, как важные прогностические признаки геморрагических осложнений у пациентов с челюстно-лицевой патологией

Голубец С.Е.

Сотрудник кафедры
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургической стоматологии
Минск, Республика Беларусь
E-mail: sesudakova@gmail.com

Актуальность. Сбор анамнеза пациента является важнейшим и основным этапом предоперационной подготовки. Патологии и изменения физиологического статуса, оказывающие влияние на систему гемостаза, способны провоцировать осложнения на протяжении всего лечения [2, 3]. Известно, что с возрастом число подобных состояний только растет [1], что позволяет предположить наличие отличий в функционировании системы гемостаза у пациентов разных возрастных групп.

Цель. Выполнить сравнительный анализ основных показателей системы гемостаза у женщин и мужчин, принадлежащим к разным возрастным группам, выделенным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Объекты и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Минского клинического консультативно-диагностического центра». Проанализировано 155 коагулограмм, из них 110 коагулограмм принадлежало женщинам в возрасте 20-80 лет, и 45 − мужчинам в возрасте 23-81 года. В анамнезе пациентов не было травм, оперативных вмешательств, наследственной и приобретенной соматической патологий, требующих медицинской реабилитации.

Анализу подвергали следующие показатели: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), международное нормализованное отношение (МНО) и концентрация фибриногена в плазме крови.

Полученные при исследованиях данные подвергали статистической обработке при помощи пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты. В ходе анализа системы гемостаза средние значения основных показателей находились в пределах нормы. Среди 110 женщин они были следующими: среднее АЧТВ равнялось 24,5 секундам (от 23,3 сек. до 43 сек.); ПВ 11,7 секундам (от 10 сек. до 18,9 сек.); МНО 0,97 (от 0,82 до 2,41); концентрация фибриногена в плазме крове была 3,42 г/л (от 2,21 г/л до 5,42 г/л).

При детальной оценке основных гемостатических показателей в выделенных по ВОЗ возрастных группах средние значения АЧТВ, МНО, ПВ и концентрации фибриногена в плазме крови не выходили за пределы нормы.

Показатели группы, состоящей из 45 мужчин также не имели достоверных отличий от значений нормы: среднее АЧТВ равнялось 28,0 секундам (от 23,8 сек. до 54,5 сек.); ПВ 11,9 секундам (от 10,8 сек. до 15,6 сек.); МНО 0,98 (от 0,89 до 1,29); концентрация фибриногена в плазме крове была 3,51 г/л (от 2,55 г/л до 4,52 г/л).

Детальная оценка основных гемостатических показателей в выделенных по ВОЗ возрастных группах также не выявило отклонений от нормы.

При этом следует подчеркнуть, что женщины в 2,44 раза чаще обращаются в медицинские учреждения для проведения развернутой коагулограммы, чем мужчины.

Среди женщин определением своего гемостатического статуса чаще всего заинтересованы пациентки из второй и третьей возрастных групп, каждая группа составляет по 28% от общего числа обследованных женщин. Среди мужчин преобладала четвертая возрастная группа, которая составила 47% от общего числа мужчин.

Вывод. Сравнительный анализ развернутых коагулограмм пациентов мужского и женского пола, принадлежащих к различным возрастным группам не выявил существенных различий. Во всех обследованных группах пациентов показатели находились в пределах нормы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более детального исследования данного вопроса.

Литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.]; под ред. Н. Н. Пилипцевича. – Минск: Новое знание, 2015. – С. 338.
2. Dentists' knowledge, attitude and practice in treating patients taking oral antithrombotic medications – a survey / R. Chinnaswami [et al.] // J. Clin. Diagn. Res. – 2017. – Vol. 11, N 1. – P. 88–91.
3. Do patients at risk of infective endocarditis need antibiotics before dental procedures? / Th. J. Cahill [et al.] // BMJ. – 2017. – N 9. – P. 358.

Разработка алгоритма диагностики у пациентов с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава

Демин Я.С.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: deminyaroslav@yandex.ru

Аннотация

В последнее время все больше стоматологов уделяют внимание расстройствам, связанными с височно-нижнечелюстным суставом. Именно методы лечения, учитывающие работу челюстно-лицевого комплекса как одного целого, достигают наиболее благоприятных результатов.

Одной из самых распространенных проблем, связанных с ВНЧС, в результате чего оно было выделено в отдельную нозологическую форму, является синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Так согласно некоторым исследованиям, из всех заболеваний ВНЧС от 78 до 95% обращений приходится именно на данную патологию, при этом чаще всего страдают пациенты от 20 до 40 лет [1,2].

Именно отсутствие четкого подхода в обследования пациентов и обуславливает такую распространенность, что говорит о необходимости разработки единого алгоритма диагностики.

Цель исследования: Разработать алгоритм диагностики на основании имеющихся научных данных, позволяющий повысить качество диагностики и увеличить частоту случаев выздоровления пациентов.

Материалы и методы: Обзор литературных данных.

Результаты и их обсуждение

В данной работе проанализирована научная литература на предмет клинических картин, методов и критериев диагностики при синдроме болевой дисфункции ВНЧС.

В результате был составлен алгоритм диагностики, отвечающий современным критериям и представлениям об этиологии данного заболевания.

На данный момент выделяют две основные причины возникновения синдрома болевой дисфункции ВНЧС: нейромускулярную и артрогенную. Также некоторые авторы выделяют психогенную причину [3].

Именно с позиции данных теорий рассматриваются методы диагностики.

В то же время, данный алгоритм должен отвечать определенным критериям: быть комплексным, обоснованным, доступным.

Критерии постановки диагноза: наличие болевого синдрома и наличие функциональных нарушений (нарушения жевания, дикции, щелчки, девиации, дефлексии и т.д.).

Алгоритм представляет из себя следующую последовательность методов диагностики: первичная консультация, консультация смежных специалистов, стандартные дополнительные методы диагностики (окклюзиограмма, электромиография, компьютерная томография), специализированные методы диагностики (функциональная диагностика с применением артикулятора, аксиография, MPI), лечебно-диагностический этап(сплинт-терапия), повторная консультация.

Вывод

Таким образом, при всем огромном спектре методов обследования можно выбрать именно те, которые отвечают конкретным клиническим целям и объединить их в логическую последовательность, благодаря которой можно поставить конкретный диагноз.

Литература

1. Arsenina OI, Popova AV, Gus LA. [The role of occlusal disorders in development of temporomandibular joint dysfunction]. Stomatologiia (Mosk). 2014;93(6):64-67. Russian. doi: 10.17116/stomat201493664-67. PMID: 25786268.
2. Найданова, И. С. Особенности функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у молодых пациентов с сохраненными зубными рядами: / Найданова Ирина Санжимитуповна. – Санкт - Петербург, 2019. – 24 с.
3. Физиотерапевтические методы в комплексном лечении больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: учебное пособие / Т. А. Гайдарова, Н. М. Диденко ; Иркутский государственный медицинский университет, Кафедра ортопедической стоматологии. – Иркутск : ИГМУ, 2022. – 60 с.

Современный подход при лечении эктодермальной дисплазии у детей младшего возраста

Емельянова В.М., Бояринова И.Р.

Ординаторы
ФГБУ ДПО Центральная Государственная медицинская академия
Управления Делами Президента Российской Федерации
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail veronikaeme@yandex.ru

Эктодермальная дисплазия входит в группу редких, передающихся по наследству врожденных пороков развития. Это генетическая патология придатков кожи и производных эктодермы: волосяных луковиц, потовых желез, зубов.

Этиологическим фактором эктодермальной дисплазии является наличие мутаций определенных генов, которые приводят к поражению или недоразвитию эктодермального зародышевого листа во время внутриутробного развития.

Симптомами данного заболевания являются: невысокий рост, деформация лицевой части черепа и ушей, аллопеция, старческое выражение лица, частичное или полное отсутствие зубов, коническая форма фронтальной группы зубов, изменение прикуса.

Патогенетичсекая терапия отсутствует, лечение симптоматическое.

В стоматологическую клинику обратился пациент М 7.5 лет с жалобами на отсутствие зубов и затрудненное пережевывание пищи. Ранее ему был поставлен диагноз «Эктодермальная дисплазия».

St. Localis: редкие волосы, бледность кожных покровов, выраженность носогубных складок, снижение высоты нижнего отдела лица.

В полости рта - полное отсутствие зубов, значительное недоразвитие альвеолярной части нижней челюсти. Слизистая оболочка сухая, свободная слюна практически отсутствует.

Ребенку были изготовлены съемные протезы. Протезом на верхнюю челюсть пациент пользуется, а протез на нижнюю челюсть пациента не удовлетворяет, в связи с недостаточной фиксацией.

Пациенту были проведены дополнительные методы исследования:

- ОПТГ (визуализируется полное отсутствие зубов и зачатков на обеих челюстях, на нижней челюсти значительное уменьшение объема костной ткани, которая сохранена лишь в подбородочном отделе),
- Сиалометрия (выполненная при помощи капсулы Леши-Красногорского-Ющенко.

В результате исследования получено 0,2 мл паротиного секрета, что соответствует гипосаливации).

После проведенного обследования родителям пациента был предложен план лечения по методу к.н.м. Ненадовой Ольги Борисовны: с установкой имплантатов на нижнюю челюсть в подбородочном отделе и изготовлением нового съемного протеза.

Лечение показало эффективность этого метода особенно для детей с данной патологией.

Литература

1. Клинико-физиологическое обоснование применения дентальных имплантатов у детей и подростков с гипогидротической эктодермальной дисплазией **:** дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук **:** Код спец. 14.00.21 / Ненадова О. Б. – 2004 г.

Анатомические предпосылки использования жирового тела щеки для устранения ороантрального соустья

Жидков Р.А.

Аспирант
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация
Кафедра пропедевтики хирургической стоматологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: Orthosurg@yandex.ru

Ороантральное соустье (ОАС) – это открытое сообщение между полостью рта и верхнечелюстным синусом. Согласно имеющимся данным у 50% пациентов острый перфоративный верхнечелюстной синусит как осложнение ОАС развивается в течение 48 часов, у 90% в течение 14 суток [1]. Существует большое количество методик закрытия ОАС, одной из них является использование щечного отрога жирового тела щеки (ЖТЩ) пациента. Анатомическая близость ЖТЩ к операционной области, богатое кровоснабжение и высокая скорость эпителизации являются преимуществами данного метода. Отсутствует необходимость в перекрытии ЖТЩ мобилизованным полнослойным трапециевидным лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка. Доступ к ЖТЩ можно получить в области преддверия на уровне моляров.

Нами была получена приоритетная справка на способ хирургического устранения ороантрального соустья модифицированным тоннельным методом с помощью ЖТЩ. Протокол операции следующий: выполняется вертикальный или горизонтальный разрез слизистой оболочки в области переходной складки на уровне коронки второго моляра длиной 1-1.5 см, создается поднадкостничный тоннель от вестибулярного края лунки удаленного зуба до разреза слизистой оболочки переходной складки. Далее проводится мобилизация щечного отрога ЖТЩ поверх слизистой альвеолярного отростка до области ороантрального соустья, чтобы убедиться в достаточной степени мобилизации ЖТЩ, концевая часть ЖТЩ захватывается шовным материалом, проведенным по тоннелю. После чего ЖТЩ проводят в тоннеле, закрывают просвет лунки и фиксируют к окружающим тканям швами, разрез по переходной складке также ушивается. Оптимальный доступ к ЖТЩ и методика хирургического вмешательства отработана в условиях анатомической лаборатории, где дополнительно нами отмечено, что даже при мобилизации ЖТЩ до зоны клыков отсутствуют признаки интраоперационного изменения конфигурации лица.

Литература

1. Azzouzi, A., Hallab, L., & Chbicheb, S. (2022). Diagnosis and Management of oro-antral fistula: Case series and review. International journal of surgery case reports, *97*, 107436. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107436

Клиническое обоснование применения цифровых технологий при лечении КДАТ

Залесская Т.И.

Аспирант
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России
Кафедра клинической стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: mbg-live@mail.ru

Клиновидный дефект абфракционного типа (КДАТ) (К03.18 – Другое уточненное сошлифовывание зубов, МКБ-10) - некариозный дефект твердых тканей зуба, который имеет многофакторную этиологию. Истинный абфракционный дефект развивается вследствие функциональной перегрузки [1]. Причинами развития сочетанного клиновидного дефекта могут быть механические, химические, соматические, генетическими факторы [2-4]. Чтобы дифференцировать истинный абфракционный дефект от сочетанного дефекта необходима расширенная диагностика, в том числе с применением современных цифровых технологий. **Цель исследования** – оценить эффективность применения цифровых технологий при лечении клиновидных дефектов абфракционного типа (КДАТ) на примере клинического случая.

Материалы и методы. Представлен клинический случай диагностики и лечения клиновидного дефекта абфракционного типа зуба 4.4. Для сбора анамнеза применяли анкету, которая включала в себя ряд стандартных вопросов об общем здоровье пациента, а также вопросы о технике чистки зубов, предпочтении средств по уходу за полостью рта, о факте ранее проведенного ортодонтического лечения. Помимо основных методов обследования проводили дополнительную диагностику окклюзионных взаимоотношений челюстей с использованием интраорального сканера Medit i500 и программного обеспечения SimplyCeph3DS. Анализ цифровых окклюзиограмм включал в себя оценку распределения окклюзионного давления и наличия/отсутствия супраконтактов. Для коррекции окклюзии проводили избирательное пришлифовывание, используя мелкозернистые боры с водяным охлаждением. После чего назначали реминерализирующую терапию гелем R.O.C.S. Medical Minerals. Восстановление клиновидного дефекта выполняли в послойной Cbflow-технике композитными материалами Filtek Ultimate Flowable и Filtek Ultimate под местной анестезией с использованием изоляционной системы сплит-дам. Оценку качества прямой реставрации проводили в соответствии с клиническими критериями FDI World Dental Federation (2007): блеск поверхности, окрашивание, соответствие цвета и прозрачность, эстетичная анатомическая форма, перелом материала и ретенция, маргинальная адаптация, рецидив. Каждому критерию соответствовали баллы от 1 до 5. Приемлемый результат: 1 балл – превосходный; 2 балла – хороший; 3 балла – удовлетворительный. Неприемлемый результат: 4 балла – неудовлетворительный; 5 баллов – плохой [5].

Результаты. Данные цифровых окклюзиограмм показали наличие супраконтактов на премолярах и клыках верхней и нижней челюстей справа. На основании проведенной диагностики был поставлен диагноз по «зуб 4.4 — другое уточненное сошлифовывание зубов» (К03.1). Были проведены маркировка окклюзионных контактов и избирательное пришлифовывание преждевременных контактов**.** Прямую реставрацию зуба 4.4 оценивали по эстетическим и функциональным критериям: Во все сроки наблюдения (через 6, 12 и 24 месяца) по критериям качества реставрация имела лучшую оценку – 1 балл.

Заключение. Таким образом, результаты нашего клинического исследования показали, что применение цифровых технологий способствует повышению

эффективности восстановительного лечения. Проведение диагностики и коррекции окклюзии с помощью цифровых окклюзиограмм на 3D моделях челюстей позволяет повысить качество и долговечность прямых композитных реставраций клиновидных дефектов абфракционного типа.

Литература

1. Макеева И.М., Шевелюк Ю.В. Роль абфракции в возникновении клиновидных дефектов зубов. – *Стоматология.* – 2012; 91(1): 65-70. [Makeeva I.M., ShevelyukYu.V. The role of abfraction in the occurrence of wedge-shaped defects of the teeth. – *Stomatologiya.* – 2012; 91(1): 65-70 (in.Russ.)]. eLIBRARY ID: 18022625
2. Янбулатова Г.Х. Клиновидные дефекты твердых тканей зубов. – *Российский стоматологический журнал.* – 2016; 20 (4): 221–224. [YanbulatovaG.Kh. Wedge-shaped defects of hard tissues of teeth. – *Russian Dental Journal*. – 2016; 20(4):221–224. (in.Russ.)]. eLIBRARYID: 26903438
3. Крихели Н.И., Коршунова М.С. Клиновидные дефекты зубов. – *Российская стоматология.* – 2010; 3(2): 16-25. [Krikheli N.I., Korshunova M.S. Wedge-shaped defects of teeth. – *Russian dentistry*. – 2010; 3(2): 16-25. (in.Russ.)]. eLIBRARYID: 23341247
4. Lyons K. Aetiology of abfraction lesions. –*N. Z. Dent. J.* –2001; 97 (429): 93–98. PMID: 11695152
5. Юдина Н.А., Манюк О.Н. Оценка качества эстетических реставраций по критериям FDI. – *Стоматология.* – 2020; 99(1): 18-26. [Yudina N.A., Manyuk O.N. Quality assessment of aestetic restorations according to FDI criteria. – *Stomatologiya.* – 2020; 99(1): 18-26. (in.Russ.)]. eLIBRARYID: 42479499

Комплексный подход к диагностике и планированию дентальной имплантации у женщин в климактерическом периоде

Кадиев А.А.

Аспирант
Кафедра хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
г.Москва Российская Федерация
E–mail: Kadiev_arsen@mail.ru

Изучение стоматологического статуса у женщин в климактерическом периоде доказало существование взаимосвязи между снижением концентрации эстрогенов и резким увеличением стоматологических заболеваний [1]. Поскольку слизистая оболочка полости рта содержит рецепторы эстрогенов, гормональные изменения могут проявляться прогрессированием таких стоматологических заболеваний, как кариес, гингивит, пародонтит, а также изменениями слизистой оболочки полости рта: жжение, плохой привкус во рту, вязкость слюны, сухость полости рта, изменение структуры костной ткани челюстей [3].

Однако ряд исследователей опровергают положительное влияние ЗГТ на ткани пародонта и подвергают сомнению обоснованность заместительной гормонотерапии, как с профилактической, так и с лечебной целью [4].

Основные симптомы и признаки менопаузы делят на две группы: ранние и поздние. Ранние симптомы включают в себя приливы, потливость, депрессии, возбудимость, раздражительность, расстройство сна, снижение памяти, сухость слизистых. Поздние симптомы включают в себя метаболические (центральное и абдоминальное отложение жира), сердечно - сосудистые (атеросклероз), скелетно-мышечные (ускорение потери костной ткани - остеопения, остеопороз, повышение риска переломов) расстройства [5].

Эндокринная перестройка в период менопаузы приводит к дисбалансу минерального обмена и развитию различных вариантов макроэлементозов [6], что может служить важным фактором формирования постменопаузального остеопороза и неэффективности применения дентальных имплантатов.

У женщин с постменопаузальным остеопорозом отмечаются существенные нарушения минерального обмена, которые проявляются в изменении содержания основных макроэлементов в ротовой жидкости, которые характеризуются снижением концентрация кальция и фосфора и повышением - магния. Проведение дентальной имплантации и восстановление зубного ряда снижают выраженность этих нарушений, хотя полной нормализации этих показателей не происходит. Характерно, что изменения уровней кальция, фосфора и магния в ротовой жидкости при постменопаузальном остеопорозе являются диаметрально противоположными таковым в сыворотке крови.

Необходимо отметить, что в клинической практике хирурга – стоматолога на этапе планирования оперативного вмешательства комплексное обследование пациента проводится сравнительно редко. Мы в своем исследовании разработали и предложили алгоритм, включающий диагностику и планирование имплантологического лечения у пациенток с менопаузальным синдромом.

При планировании хирургического этапа лечения все пациентки проходили клинико – лабораторное обследование и, при необходимости, корректирующее лечение у эндокринолога. Перед проведением дентальной имплантации проводилось клинико-лабораторное обследование, включающее: Остеоденситометрия, конусно-лучевая компьютерная томография, гормональное обследование на тиреотропный гормон, эстрандиол, фолликулостимулирующий гормон.

При проведении лечебно – диагностических мероприятий у женщин в климактерическом периоде необходимо проводить комплексную оценку стоматологического статуса: индекс интенсивности кариеса зубов КПУ, индекс гигиены полости рта OHI-S, пародонтальный индекс PI, сиалометрия, pH смешанной слюны и ПЦР – диагностику микрофлоры полости рта.

По данным рентгенологических исследований важно изучить качественные и количественные показатели костных структур челюстей.

Включить в комплекс о персонализированном подходе к профилактике и лечению стоматологических заболеваний у женщин в климактерическом периоде обязательное участие врача-эндокринолога.

Литература

1. Giro G., Chambrone L., Goldstein A., Rodrigues J.A., Zenóbio E., Feres M., Figueiredo L.C., Cassoni A., Shibli J.A. Impact of osteoporosis in dental implants: A systematic review. // World J Orthop 2015; 6(2): 311-315.

2. De Medeiros F. C. F. L., Kudo G. A. H., Leme B. G., Saraiva P. P., Verri F. R., Hono´rio H. M., Pellizzer E. P., Santiago J. F. Dental implants in patients with osteoporosis: a systematic review with meta-analysis. //Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2018; 47: 480–491.

3. Онищенко В. Г. Методы дифференциального планирования дентальной имплантации и профилактика операционных рисков: диссер ... канд. Мед. наук. Москва - 2016. - 128 с.

4. Лукьяненко А.А., Казанцева И.А. Опыт применения резонансно-частотного метода для оценки стабильности и остеоинтеграции дентальных имплантатов. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4.

5. Díaz-Sánchez R.M., Delgado-Muñoz J.M., Serrera-Figallo M.A., GonzálezMartín M.I., Torres-Lagares D., Analysis of marginal bone loss and implant stability quotient by resonance frequency analysis in different osteointegrated implant systems. Randomized prospective clinical trial. //Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019 Mar 1;24 (2): e. 260-4.

6. Митра Фарзин , Масуме Тагва , Мусульманская бабуи. Сравнение нарушений височно-нижнечелюстной системы у женщин в менопаузе и без менопаузы.. Корейская ассоциация челюстно-лицевойхирургии . 2018 Октябрь; 44 (5): 232-236

Применение остеопластических материалов на основе октакальциевого фосфата

Казарян А.А.[1], Волков А.А.[2],

[1]аспирант, [2]студент
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
Кафедра хирургической стоматологии
Москва, Российская Федерация.
e-mail: aya747@mail.ru
volk412@gmail.com

Актуальность

Проблема лечения пациентов, после операции удаления зуба заключается в необходимости восстановления объёма костной ткани, т.к. она подвергается вертикальной и горизонтальной резорбции.[1] Для решения проблемы потери костной ткани в настоящее время применяется техника направленной тканевой регенарации за счет использования различных остепластических материалов.[2] Превентивные меры по избежанию потери костной ткани после удаления сокращают как финансовые затраты на лечение, так и временные рамки.[3]

Цель работы

Повышение эффективности имплантологического лечения пациентов путем аугментации лунок удаленных зубов остеопластическими материалами на основе октакальциевого фосфата.

Материал и методы

Исследование было проведено на базе кафедры ПМГМУ им. И. М. Сеченова. В исследовании приняли участие 10 пациентов от 20 до 55 лет. Данные пациенты были разделены случайным образом на две равные группы.

В первой группе 5 пациентам (2 мужчинам и 3 женщинам) с диагнозом хронический периодонтит (К045) заживление проходило естественным путём, под сгустком крови.

Во второй группе 5 пациентам (3мужчинам,2женщинам) была проведена операция удаления зуба, с диагнозом хронический периодонтит (по мкб-10 К045) и аугментация лунки материалом «Гистографт»,на основе октакальциевого фосфата.

Результат

По данным гистологического исследования у пациентов первой группы (под сгустком) было выявлено, что биоптат состоял из ткани, имеющей обычную структуру губчатой кости. Имелись крупные костномозговые пространства, разные по ширине костные балки, состоящие из костной ткани смешанного строения (59,64% от общей площади), рыхлой волокнистой соединительной ткани (24,0% от общей площади)

У пациентов второй группы (с применением остеопластического материала «Гистографт») биоптат представлен регенератом, состоящим из костной ткани смешанного строения (67,69% от общей площади), рыхлой волокнистой соединительной ткани (27,0% от общей площади), и частично резорбированных фрагментов остеопластического материала (5,31% от общей площади).

Заключение

Таким образом, мы можем сделать вывод, что остеопластических материал на основе октакальциевого фосфата может являться недорогой альтернативой при выполнении операции консервации лунки.

Литература

1. Гурин Алексей Николаевич Новый вид остеопластических материалов на основе октакальцийфосфата и биорезорбируемых мембран на основе альгината (разработка, экспериментальное обоснование, клиническое внедрение)

2. Дьячкова Е.Ю. Устранение дефектов кости верхней и нижней челюсти с помощью материала “Коллост”: дис. … канд. мед. наук. – М, 2014. – 119 с.

3. Хлутков Е.С. Клиническая эффективность отечественных наноструктурированных остеопластических материалов в хирургической стоматологии и имплантологии: дисс. … канд. мед. наук. 14.01.14. – М., 2012. — 102 с.

Методы диагностики заболеваний слюнных желез

Калеканова А.В.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: an.stussy@mail.ru

Актуальность. Заболевания слюнных желез многообразны в своих клинических проявлениях. Это связано с различием этиопатогенеза, локализации процесса, возраста пациентов, наличием сопутствующих заболеваний и других факторов. Распространенность неопухолевых заболеваний больших слюнных желез (БСЖ) составляет от 3 до 24% от всей стоматологической патологии. К ним относят слюннокаменную болезнь (36%), хронический сиаладенит (26%), сиаладеноз (18%) [1]. Все заболевания слюнных желез сопровождаются функциональными и морфологическими изменениями. В связи с этим важно провести правильную своевременную диагностику, чтобы добиться успешных результатов лечения.

В алгоритме диагностики заболеваний слюнных желез выделяют общие методы обследования: опрос, осмотр, пальпация, исследование крови; частные: зондирование протоков слюнных желез, обзорная рентгенография слюнных желез, сиалометрия, цитологическое исследование секрета слюнных желез, сиалография; и специальные: динамическая и статическая сиалосцинтиграфия, сиалосонография, компьютерная сиалотомография, дигитальная субтракционная сиалография, биопсия [3].

Сиалометрия применяется для оценки функциональной способности больших или малых слюнных желез. Предметом исследования сиалометрии является слюнная жидкость. Для исследования околоушной слюнной железы по методу М.В. Симоновой используется капсула Лешли-Ющенко-Красногорского. В качестве стимулятора слюноотделения применяют 3% раствор аскорбиновой кислоты, который каждые 30 секунд наносят на дорсальную поверхность языка. Протоковый секрет собирают в течение 5 минут с момента появления первой капли в пробирке. Оценивают количество полученного секрета и наличие в нем воспалительного осадка в виде тяжей и комочков слизи [2]. Для оценки функции поднижнечелюстной слюнной железы по методу Т.Б. Андреевой вводят тонкий катетер. Слюнную железу стимулируют 8% раствором пилокарпиновой кислоты, далее слюну собирают в течение 10 минут в небольшую пробирку, после чего сравнивают объем секреции левой и правой железы. Снижение секреции I степени определяется, если количество выделившейся слюны 2,4-2,0 мл, II степени - 1,9-0,9 мл, III степени - 0,8-0 мл [2]. Оценить морфологические изменения слюнных желез методом сиалометрии не представляется возможным.

Основополагающим методом диагностики слюнных желез является сиалография, имеющая множество разновидностей.

Контрастная сиалография - лучевой инвазивный метод исследования с предварительным введением йодсодержащего контрастного вещества и последующим проведением рентгенографии или томографии. При проведении данного исследования оценивается размер протоков, их проводимость, расположение слюнных желёз, структура желёз, их контуры. В проток околоушной или поднижнечелюстной железы вводят пластиковый катетер и через него медленно малыми порциями вводят контрастное вещество. Для визуализации слюнной железы с ее протоками делают рентгеновские снимки в двух проекциях (прямой и боковой). Недостатками данного метода являются: инвазивность, лучевая нагрузка (35 мкЗв), невозможность проведения

исследования у пациентов с аллергией на йод, патологией щитовидной железы, лучевой болезнью, сиалоаденитом в период обострения, обструкцией протоков БСЖ конкрементом или сужением [1].

Конусно-лучевая компьютерная сиалотомография обладает повышенным пространственным разрешением, так как позволяет получить трёхмерные изображения протоковой системы, дает возможность разбить снимки на мелкие фрагменты с увеличением, обладает небольшой лучевой нагрузкой (60 мкЗв).

Магнитно-резонансная сиалография (МР-сиалография) основана на принципе магнитно-резонансной гидрографии, при которой неподвижные среды гиперинтенсивны на T2W1. Это дает возможность использовать секрет слюны в качестве естественного контраста. Преимущества данной методики в том, что она неинвазивна, не требует применения контрастных средств и позволяет быстро получить изображения основного и системы внутрижелезистых протоков – до II порядка. С ее помощью можно визуализировать сразу все анатомические структуры железы и выявить повреждение стенок протоков БСЖ, определить конкременты, стриктуры [1].

Выводы. Проведенный литературный обзор показал, что КЛКТ-сиалография является востребованным методом обследования, так как позволяет получить трёхмерные изображения протоковой системы, является быстро выполнимым и доступным в рамках амбулаторного стоматологического приема, но обладает лучевой нагрузкой. При необходимости произвести более детальное обследование морфологии слюнной железы и оценить патологические процессы внутри паренхимы, а также при наличии противопоказаний к проведению рентгенологических сиалографий показана МР-сиалография, так как данная методика не несет лучевой нагрузки, сопровождается меньшим количеством ошибок при исследовании системы протоков и позволяет выполнять отсроченные наблюдения. Недостатком МР-сиалографии является невозможность ее проведения при наличии клаустрофобии у пациентов.

Литература

1. Арутюнян Б.А. Совершенствование диагностики неопухолевых заболеваний больших слюнных желез при помощи магнитно-резонансной томографии / Б.А. Арутюнян, М.В. Козлова, А.Ю. Васильев и др. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. №2, 2018;2:24-9.

2. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез : учеб. пособие / под ред. А. М. Панина. - М.: Литтерра, 2011.

3. Иванова В.А. Сиалография и её разновидности / Иванова В.А., Дягтев И.А., Орлова С.Е. и др. // Международный научно-исследовательский журнал. №7 (109). Часть 2, 2021г.

Особенности выбора донорской зоны при пластике рецессии десны

Качанова В.А.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра хирургической стоматологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: leraglenton@gmail.com

Актуальность. Рецессия десны является причиной появления у пациентов эстетических жалоб и функциональных нарушений. В настоящее время доказано, что прогнозируемым результатом закрытия открытой поверхности корня являются двухслойные методы пластики мягких тканей с использованием аутотрансплантата [1,3,5]. Важными характеристиками трансплантата являются: долгосрочный эстетический результат и стабильность, а также минимальный дискомфорт для пациента в послеоперационном периоде. Чаще всего в качестве донорской зоны используется область твердого неба и бугра верхней челюсти [3,4,5]. В литературе встречаются различные, а иногда противоречивые данные по обоснованию выбора донорской зоны [3,5]. В связи с этим важным аспектом представляется оценка анатомических условий [2] разных участков донорских зон пациентов при планировании пластики рецессий тканей с учетом индивидуальных особенностей.

Цель - оценить качество аутотрансплантата при планировании пластики рецессии десны и провести корреляцию с данными литературы по выбору донорской зоны.

Материалы и методы. Проведено изучение 10 литературных источников зарубежных и отечественных авторов, и по критериям описания особенностей донорской зоны для пластики рецессии десны выбраны для обзора 5 источников 2014-2021гг. В клиническом исследовании приняли участие 20 человек: 10 женщин и 10 мужчин в возрасте 23-25 лет. Проводили измерение толщины мягких тканей неба под аппликационной анестезией с помощью иглы с силиконовым стоппером в трех участках донорских зон - проекции корня зуба 2.4, проекции корня зуба 2.6, область бугра верхней челюсти в предоперационном периоде. В дополнение к измерению толщины мягких тканей оценивали степень сопротивления десны (рыхлая или плотная консистенция) при прохождении иглы, наличие/отсутствие третьего моляра и учитывали корреляцию толщины слизистой с типом конституции тела.

Результаты. В области неба поверхностный слой соединительной ткани, расположенный под эпителием, отличается плотностью и стабильностью по сравнению с более глубокими слоями с железистым и жировым компонентом, соответственно слои тканей имеют различное сопротивление [3,5]. Область бугра характеризуется выраженным соединительнотканным компонентом за счет коллагена высокой плотности и отсутствия рыхлого слоя [5]. В связи с этим, на основании данных литературы, зоной выбора для взятия трансплантата является заднелатеральная часть неба и область бугра верхней челюсти [4,5]. Оптимальной толщиной для пластики рецессии десны является 0,15 см соединительнотканного трансплантата, соответственно толщина мягких тканей должна быть более 0,25 см при измерении, что позволит выбрать область и метод взятия аутотрансплантата [2,4]. По данным собственного клинического исследования получены средние показатели толщины слизистой донорских зон у группы пациентов, которые составляют: в области зуба 2.4 - 0,4±0,12 см, в области зуба 2.6 - 0,3±0,10 см, в области бугра верхней челюсти - 0,4±0,17 см. Таким образом, можно сделать вывод о толщине эпителиально-соединительнотканной составляющей, которая наиболее выражена в области небного корня первого премоляра и области бугра, а самый тонкий слой – в зоне

небного корня первого моляра. Сопротивляемость в зоне бугра верхней челюсти больше за счет плотной консистенции, чем в зоне премоляров – рыхлой консистенции, за счет наличия жирового и железистого компонента [3,5]. При наличии третьих моляров – толщина слизистой в области бугра меньше, что составило - 0,2±0,1 см. При гиперстеническом типе толщина мягких тканей больше среднестатистических данных - 0,5±0,1 см, а при гипостеническом типе меньше - 0,2±0,2 см, что свидетельствует о межиндивидуальной вариабельности. При сравнительном анализе полученных клинических данных с литературными источниками установлена корреляция средних значений, но с учетом выявленных в измерении погрешностей требуется большая выборка пациентов и дальнейшее изучение.

Заключение. Перед проведением пластики рецессии с аутотрансплантатом важно проводить измерения толщины мягких тканей донорской зоны с учетом индивидуальных особенностей и оценивать степень сопротивляемости тканей для выбора оптимальной зоны. Важно учитывать наличие третьих моляров при планировании взятия трансплантата с бугра верхней челюсти, так как толщина мягких тканей в этой области напрямую зависит от его наличия или отсутствия.

Литература

1. Беспалова Н.А. Возможности хирургического устранения и профилактики рецессии десны с использованием различных видов трансплантационной техники / Н.А. Беспалова // Медицинский альманах. – 2015. – № 3 (38). – С. 150-155.
2. Зукелли Дж. Пластическая хирургия мягких тканей полости рта. — М., 2014.
3. Francisco T. B. Техники забора соединительнотканных трансплантатов // URL: https://stomweb.ru/articles/tehniki-zabora. 2021
4. Bertl K., Pifl M., Hirtler L., et al. Relative Composition of Fibrous Connective and Fatty/Glandular Tissue in Connective Tissue Grafts Depends on the Harvesting Technique but not the Donor Site of the Hard Palate // URL: https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1902/jop.2015.150346. 2015
5. Цур О., Хюльцелер М. Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии. — М., 2014.

Исследования in vitro физико-химические свойств минеральных триоксидных агрегатных материалов

Козлова И.В.

Студент
ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова
Кафедра общей стоматологии
Санкт-Петербург, Российская Федерация
kozlova.ivanna@list.ru

Эндодонтическая перфорация – патологическое, механически созданное сообщение между системой корневого канала и поддерживающим аппаратом зуба [1].

Перфорация является второй наиболее распространённой причиной неудач эндодонтического лечения, на которую приходится 12% всех осложнений лечения пульпита и периодонтита [2].

До 1999-го года наличие перфорации являлось показанием к удалению зуба. В современной стоматологии, благодаря усовершенствованию стоматологических материалов, были разработаны и введены в клиническую практику методы их закрытия. Первым материалом для закрытия перфорационных отверстий на основе силиката кальция является МТА.

Минерал триоксидагрегатные пломбировочные материалы, по утверждению производителей, обеспечивают надежную герметизацию вследствие низкой растворимости, объемного расширения при отверждении и высокой биологической активности регенерации тканей [3].

Все препараты на основе МТА, оказывают влияние на образование третичного заместительного дентина, благодаря воздействию гидроксида кальция на одонтобласты.

Материал также обладает одонтотропным действием путем высвобождения биоактивных молекул, что делает высокоэффективным его применение с целью сохранения жизнеспособности пульпы и стимуляции репаративного дентиногенеза [3].

Такие уникальные свойства цемента, как биосовместимость с костной тканью человека и способность к герметизации во влажной среде, позволяют врачу-стоматологу более успешно и гарантированно бороться с хроническими стоматогенными очагами, наличие которых негативным образом отражается на соматическом статусе пациента.

МТА цементы способен твердеть и набирать прочность во влажной среде, обеспечивая более надежную герметизацию корневого канала по сравнению с другими материалами, предназначенными для этих целей [4].

Выводы. Доказано, что материалы на основе МТА обладают не только свойствами бактериостатичности, но и потенциально бактерицидными свойствами, за счет высвобождения гидроксид-ионов, что обеспечивает поддержание высоких значений pH в течение длительного периода, а формирование минерализованного промежуточного слоя на границе «материал – ткани зуба» обеспечивает неблагоприятные условия для выживания бактерий [5].

Изучена плотность, водопоглощение и пористость основных российских производителей материалов МТА «Рутдент» (TehnoDent), «Триоксидент» (Владмива) и «Канал МТА» (OmegaDent).

Несомненно, закрытие перфораций, способствуя увеличению жизнеспособности зуба, является большим прорывом в стоматологии. В научном исследовании были изучены основные физико-химические характеристики лидирующих производителей МТА в России.

Литература

1. Manal Farea, Adam Husein, Cornelis H Pameijer. MTA от начала и до сегодняшних дней: особенности материала и спектр клинического применения / ManalFarea[etal.] //DentsplySirona - 2018. -14. - С. 3-5.

2. ManalFarea, AdamHusein, Cornelis H Pameijer, Подходы к лечению перфораций в области фуркации, DentsplySirona 2018; 14: 3-5.

3. Шорина Т.В. Не аналоги./ Т.В. Шорина // «Dentaltimes».2017; 36: 54-56 [Shorina T.V. Not analogues. «Dentaltimes».-2017.- 36.- С.54-56 (InRuss.)

4. Зорян А. Клиническое применение МТА в эндодонтической практике . / Зорян А. // Cathedra-2011-№ 35-С. 52-58.

5. Баргхольц К. Перфорации //Проблемы эндодонтии. Профилактика, выявление и устранение /Баргхольц К // —Хюльсманн М. Шефер Э.-2009-С.358-365.

Динамика цитокинового профиля паротидного секрета у пациентов с сиаладенозами и H.pylori-инфекцией на этапах эрадикационного лечения

Коновалова Т.А.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: konovalovatanya1@gmail.com

Актуальность

Сиаладеноз составляет 10-18% стоматологической патологии, поражая преимущественно околоушные слюнные железы (ОУСЖ) [1]. При этом, он не является самостоятельной болезнью, а развивается лишь на фоне общесоматической патологии, в том числе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1].

По данным ВОЗ, Helicobacter pylori (HP) — это наиболее часто вызывающий инфекцию микроорганизм, высеивающийся у пациентов как в слизистой ЖКТ, так и, несмотря на успешно проведенную эрадикационную терапию, в ротовой полости [2]. Установлено, HP вызывают местную воспалительную реакцию за счет увеличения содержания провосполительных и снижения противовоспалительных интерлейкинов (IL) [3]. В результате, происходит угнетение функциональной активности слюнных желез и ухудшение стоматологического статуса пациентов [2].

Цель исследования

Оценить динамику локального цитокинового статуса паротидной слюны на этапах проведения эрадикационного лечения (до и спустя 3 месяца) у пациентов с сиаладенозами ОУСЖ и КЗЗ ЖКТ, ассоциированными с H.pylori.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры стоматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» в 2020-2022 г. прошли обследование 48 человек, средний возраст которых составлял 34,7±10,8 лет. Количество женщин — 28 (58,3%), мужчин — 20 (41,7%).

Критерий включения — пациенты с сиалозами ОУСЖ, находящиеся на эрадикационной терапии HP (квадротерапия) с подтвержденным имунноферментным анализом (ИФА) крови на HP-инфекцию; невключения — наличие в анамнезе эндокринных, сердечно-сосудистых патологий в стадии декомпенсации, онкологии.

После проведения стоматологического осмотра, были сформированы 3 группы:

1 — контрольная: 10 практически здоровых людей в возрасте 24–27 лет;

2 — 19 лиц с клиническими проявлениями сиаладеноза ОУСЖ до проведения эрадикации;

3 — 19 человек с клиническими проявлениями сиаладеноза спустя 3 месяца после завершения эрадикационного лечения.

Полученные в ходе работы результаты обработаны статистическим методом («Statistica 13.3») с достоверностью $p<0,05$.

Результаты

По данным иммуноферментного анализа паротидного секрета (набор «Вектор Бест», Российская Федерация), в первой группе были получены следующие показатели: IL-1β=4,87±0,56 пг/мл, IL-6= 7,96±0,78 пг/мл, TNFα= 0,21±0,15 пг/мл, IL-10= 19,23±0,38 пг/мл.

Во второй группе, по сравнению с контрольной, определялось увеличение IL-1β в 1,7 раз, IL-6 почти в 2,7 раз, TNFα в 6 раз, при снижении IL-10 в 3,2 раза.

В третьей группе — повышение концентрации IL-1β в 1,1 раз, IL-6 в 1,7 раз, TNFα в 4,1 раза, и уменьшение IL-10 в 2,4 раза, в отличии от первой группой.

Выводы

Таким образом, оценка локального цитокинового статуса паротидной слюны может служить в качестве прогностического критерия оценки эффективности проводимой эрадикации.

Литература

1. Афанасьев В. В., Мирзакулова У. Р. Слюнные железы. Болезни и травмы. – 2019.
2. Орлова Е. С. Ротовая полость как внегастральный резервуар реинфицирования helicobacter pylori //АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ Учредители: М-центр. – 2021. – Т. 17. – №. 4. – С. 3-4.
3. Жилина А. А., Ларева Н. В., Лузина Е. В. Роль полиморфизма генов интерлейкина-lß и антагониста рецептора интерлейкина-1, инфекции helicobacter pylori и состояния слизистой оболочки желудка в развитии и прогрессировании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни //Тихоокеанский медицинский журнал. – 2020. – №. 4 (82). – С. 44-48.

Изменение площади суставной щели височно-нижнечелюстного сустава как решающий фактор развития его патологии

Крат М.И.

Аспирант
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургической стоматологии
Минск, Республика Беларусь
E-mail: maximkrat11@gmail.com

Актуальность. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) нередки и многообразны. По сообщениям различных авторов, данная патология констатируется от 27% до 76% пациентов, обращающихся к стоматологам. Заболевания ВНЧС являются наиболее сложными в стоматологической практике как с точки зрения своевременной и точной диагностики, так и с точки зрения составления эффективного плана лечения [1]. Диагностика заболеваний ВНЧС обязательно должна включать лучевые методы обследования. Среди лучевых методов обследования наиболее популярными методами являются ортопантомография (ОПТГ), рентгенография ВНЧС. Однако золотым стандартом для оценки и измерения костных структур ВНЧС является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) [2,3].

Цель исследования - определить изменение величины площади суставной щели здорового височно-нижнечелюстного сустава и височно-нижнечелюстного сустава с патологией.

Объекты и методы: на основании проведенных амбулаторно-клинических исследований проанализированы изображения КДКТ ВНЧС 24 пациентов (18 женщин и 6 мужчин), которые предъявляли жалобы на негативные ощущения в области ВНЧС только с одной стороны.

Измерение элементов ВНЧС проводилось на изображениях КЛКТ ВНЧС во фронтальной плоскости. Определяли ширину суставной щели в верхнем отделе, переднем и заднем как для здорового сустава, так и для сустава, на который жаловались пациенты. Также измеряли мезиолатеральный размер суставной головки и её полувысоту. Также вычислялась площадь суставной щели для обоих суставов.

Интерпретация полученных данных. При получении разницы соотношения в площади до 10 мм^2– судят о нормальном взаимном расположении элементов сустава; при получении разницы от 10 мм^{2}до 30 мм^2 – судят о наличии компенсированного функционального состояния ВНЧС, требующего дальнейшего клинического наблюдения не менее 12 месяцев. Кроме того, при получении разницы в площади от 10 до 20 мм^2 – судят о низком риске развития функциональных нарушений сустава, требующих клинического наблюдения с периодичностью 6 месяцев, а при получении разницы в площади от 20 до 30 мм^2- судят о высоком риске развития функциональных нарушений, требующих клинического наблюдения с периодичностью 3 месяца. При получении разницы в площади более чем 30 мм^2 диагностируют компенсированное функциональное состояние с наличием функциональных нарушений ВНЧС, требующих комплексного лечения.

Результаты. У 10 пациентов (41,7%) разница в площадях составила менее 10 мм^2, что свидетельствует о нормальном взаимном расположении элементов сустава. У 5 пациентов (20,8%) разница составляет от 10 до 20мм^2, что свидетельствует о низком риске развития функциональных нарушений сустава, требующих клинического наблюдения с периодичностью 6 месяцев. У 4 пациентов (16,7%) разницы в площади составила от 20 до 30 мм^2- судят о высоком риске развития функциональных нарушений,

требующих клинического наблюдения с периодичностью 3 месяца. И у 5 пациентов (20,8%) разница в площади составила более чем 30 мм^2, что диагностирует компенсированное функциональное состояние с наличием функциональных нарушений ВНЧС, требующих комплексного лечения.

Заключение. Таким образом, разница площадей суставных щелей здорового ВНЧС и ВНЧС, на который предъявляют жалобы пациенты, влияет на развитие и усугубление его патологии.

Литература

1. Артюшкевич, А. С. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / А. С. Артюшкевич // Современная стоматология. - 2014. - № 1. - С. 11-14.
2. Походенько-Чудакова, И. О. Сравнительная оценка возможности обнаружения ранних признаков суставных изменений височно-нижнечелюстного сустава при помощи конусно-лучевой компьютерной томографии и ультразвукового исследования / И. О. Походенько-Чудакова, М. И. Крат // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2021. – Т. 6, № 5. – С. 309–315.
3. Походенько-Чудакова, И.О. Сопоставление лучевых методов обследования при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и оценка информированности врачей-стоматологов о необходимости дифференцированного выбора метода диагностики / И.О. Походенько-Чудакова, М.И. Крат // Электронный периодический научный журнал «SCI-ARTICLE.RU». − 2017. − №44. - С. 123-127.

Исследование краевой адаптации твердых тканей зуба при пломбировании разогретыми композитами

Кривенцева В.А.

Студент
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации
Кафедра общей стоматологии
Санкт-Петербург, Российская Федерация
E-mail: valeria_kriv@mail.ru

В целях повышения качества оказываемых стоматологических услуг, предоставляемых пациентам, стоматологам необходимы новые способы пломбирования композиционным материалом, которые дадут возможность при реставрации зубов, поврежденных в результате стираемости или кариозного поражения, обеспечить наилучший, долгосрочный результат для пациента и добиться превосходной эстетики зуба [1]. Провести этап реставрации быстро, комфортно как для пациента, так и для врача позволит применение насадки для нагревания композита в полости зуба при пломбировании зубов с кариозными дефектами (Патент на полезную модель №209407 от 16.03.22г).

Целью исследования являлось изучение эффективности краевого прилегания композита при пломбировании окклюзионных поверхностей жевательных зубов различными видами композита группы Bulk Fill традиционным способом внесения материала объемной порцией и с применением насадки для нагревания композита в кариозной полости.

В процессе работы над данным исследованием было изучено краевое прилегание композиционного материала группы Bulk Fill, запломбированного в 30 удаленных по медицинским показаниям зубах. Отпрепарировали полости по 1 классу по Блэку, провели адгезивную подготовку [2]. Каждые 10 зубов были запломбированы следующими материалами: SonicFill (Keer), Filtek flowable Bulk Fill restorative (3M ESPE), SDR Posterior Bulk Fill Flowable Base (Dentsply Sirona). Каждый образец композита использовался для пломбирования классической методикой и с помощью насадки для нагревания композита в полости зуба [3,4]. Затем запломбированные зубы были распилены. Изучение морфологии полученных шлифов зубов осуществлялось на электронном микроскопе. Исследования проводились на кафедре общей стоматологии и НИЦ ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ.

Результаты и выводы: на образцах шлифов при использовании способа пломбирования одной порцией мы наблюдали нарушение краевой герметизации. Микроскопия образцов, запломбированных с помощью насадки для нагревания композита в полости зуба, показала качественное краевое прилегание материала к тканям зуба. Композитный материал после нагревания без усилий конденсируется в полости зуба, имеет более пластичную консистенцию. Температурные изменения приводят к профилактике «белой линии» на границе «композит – ткань зуба». С помощью разработанной насадки одновременно происходят конденсация и нагревание материала. Данный метод пломбирования позволяет добиться прочности, долговечности и наибольшей эстетичности реставраций во всех классах по Блэку.

Литература

1. Николаенко С.А. Современные аспекты реставрации твердых тканей зубов: учебно-методическое пособие / СПб: МЕДИ издательство. 2007. - 50с.

2. Николаев А.И. Препарирование кариозных полостей: современные инструменты, методики, критерии качества: монография / М.: МЕДпресс-информ. 2006. - 208 с.

3. Guntzer M. Техника пломбирования SDR - более простое и быстрое лечение, сниженная постоперационная чувствительность / Новости Dentsply. 2012. - С.6-7.

4. Капитулина О.В. Осложнения при использовании композитных пломбировочных материалов / Дентал Юг. 2008. - С.31-35.

Сравнительный гистоморфометрический анализ мягких тканей, полученных в результате применения коллагенового матрикса и соединительнотканного трансплантата в области дентальных имплантатов

Крылова Д.А.

Аспирант кафедры хирургической стоматологии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
Москва, Российская Федерация
E-mail: daria.savelieva@mail.ru

Актуальность. Реабилитация пациентов с применением дентальных имплантатов является востребованным методом лечения [1]. На сегодняшний день кроме функционального аспекта наблюдается повышенный интерес к эстетическим результатам лечения, которые коррелируют с качеством и количеством мягких тканей, окружающих имплантаты [2][3].

Цель. Проведение гистоморфометрического анализа мягких тканей, полученных в результате применения коллагенового матрикса и соединительнотканного трансплантата.

Материалы и методы. На базе кафедры хирургической стоматологии Института стоматологии им. Е.В. Боровского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова прошли обследование и лечение 30 пациентов с диагнозом частичное отсутствие зубов в сочетании с дефицитом толщины мягких тканей в области планируемой установки дентальных имплантатов. Всем пациентам была проведена установка дентальных имплантатов по стандартному 2-х этапному протоколу в сочетании с аугментацией мягких тканей: группа 1 (n=15) – применение коллагенового матрикса (КМ) с поперечно-сшитой структурой; группа 2 (n=15) - пересадка свободного соединительнотканного трансплантата (ССТ) из области бугра верхней челюсти.

Через 3 месяца после операции, на этапе установки формирователей десны при помощи мукотома был проведен забор фрагментов мягких тканей с последующей фиксацией биоптатов в забуференном формалине. Далее полученный материал обезвоживали в изопропаноле, заливали в парафин, получали срезы толщиной 4 микрона, окрашивали гематоксилином-эозином, пикросириусом красным, орсеином. Окрашенные срезы заключали в синтетическую среду «Shandon mount» (США). Изучали при светлопольной, фазово-контрастной и поляризационной световых микроскопиях в микроскопе Leica DM 4000 B LED с камерой Leica DFC 7000 T. В лицензионной программе ImageJ на изображениях микропрепаратов, полученных на микроскопе Leica DM 4000 B LED с камерой Leica DFC 7000, при увеличении 50х через каждые 100 мкм измеряли толщину слоев в биоптатах десны пациентов: эпителиальный слой (отдельно длина и количество гребней), сосочковый (отдельно длина сосочков) и сетчатый слои. Также на 100 мкм2 слизистой оболочки десны были подсчитаны площадь сосудов, плотность расположения коллагеновых и эластических волокон, количество клеток воспаления.

Результаты. По данным гистоморфометрического анализа через 3 месяца после операции в обеих группах слизистая оболочка биоптатов была выстлана многослойным плоским эпителием с выраженным акантозом. В некоторых образцах, где использовался КМ была выявлена продолжающаяся резорбция материала с постепенным замещение собственной соединительной тканью. Воспалительная инфильтрация в группе, где использовался КМ в сравнении с ССТ была выше в эпителиальном слое и собственно слизистой оболочке на 44,5 % и 22,9 % соответственно. Отмечались различия в толщине эпителиальных гребней – в группе ССТ они были более утолщенными, а в группе КМ

более глубокими и узкими. Собственно слизистая оболочка была отграничена от эпителия базальной мембраной, под которой располагался сосочковый, а затем сетчатый слой с более плотными и компактно расположенными коллагеновыми волокнами. По остальным показателям статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы. Гистоморфометрическое исследование тканей, полученных в результате использования коллагенового матрикса с поперечно-сшитой структурой демонстрирует возможность его применения для формирования мягких тканей в области дентальных имплантатов, однако, требуется проведение дополнительных исследований для получения более отдаленных результатов его использования.

Литература

1. Cosyn J. et al. A multi-centre randomized controlled trial comparing connective tissue graft with collagen matrix to increase soft tissue thickness at the buccal aspect of single implants: 3-month results // J Clin Periodontol. John Wiley and Sons Inc, 2021. Vol. 48, № 12. P. 1502–1515.
2. Puisys A et al. Clinical and Histologic Evaluations of Porcine-Derived Collagen Matrix Membrane Used for Vertical Soft Tissue Augmentation: A Case Series. // Int J Periodontics Restorative Dent. 2019. P. 341–347.
3. И.П. Ашурко, С.В. Тарасенко, А.В. Есаян, А.И. Галяс, А.В. Ли. Оценка клинической эффективности применения свободного соединительнотканного трансплантата и коллагенового матрикса для увеличения толщины мягких тканей в области дентальных имплантатов // Пародонтология. -2022-. - № 2.- С. 117–125.

Результаты применения неинвазивной герметизации фиссур зубов в отдалённые сроки различными стоматологическими пломбировочными материалами.

Лабуз З.С.

Ординатор
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Кафедра терапевтической стоматологии
Донецк, Российская Федерация
E – mail: zlatalabuz@mail.ru

Актуальность. В последнее время в современной стоматологии первичная профилактика кариеса зубов остаётся достаточно актуальной, в связи с тем, что распространённость кариеса зубов у детей и у взрослых колеблется в пределах от 57 до 98%. Прирост кариеса приходится на первые два года после прорезывания постоянных зубов. Проблема фиссурного кариеса является ведущей в кариесологии, так как фиссурный кариес стоит на первом месте по частоте среди кариозных поражений другой локализации [1]. Многие аспекты этого направления окончательно не изучены. В их число входит первичная профилактика фиссурного кариеса зубов. Здоровье которых, зависит не только от правильного лечения, но, и в первую очередь, от своевременной первичной профилактики [2]. Источники исследований показывают, что правильно проведенная процедура герметизации фиссур и других анатомических образований зуба с целью изоляции от зубного налёта, углеводов, микрофлоры ротовой полости обеспечивает снижение кариеса на 85-90 % [3]. Герметик является как физическим барьером для развития болезнетворных бактерий, так и укрепляет зубную эмаль насыщая ткани зуба активным фтором [4].

Цель исследования. Сравнительная клиническая оценка эффективности применения стоматологических пломбировочных материалов для неинвазивной герметизации фиссур зубов в отдалённые сроки.

Материалы и методы исследования. Было проведено наблюдение 47 пациентов в возрасте 15 - 17 лет, которым провели неинвазиную герметизазию конусовидных фиссур со средним исходным уровнем минерализации эмали зуба, когда единичные фиссуры имели меловидный цвет, редко отмечалась задержка зонда в фиссуре. Распространенность кариеса, по данным литературы, в таких фиссурах к концу периода созревания составляет 80% [3]. В первой группе (24 пациента) проводили герметизацию фиссур зубов с использованием истинного о герметика Fissbrit F (VOCO) – 98 зубов. Во второй группе (23 пациента) герметизацию проводили с использованием стеклоиономерного цемента Ketac Molar Easymix (3M ESPE) 92 зуба. Перед герметизацией поверхности зубов тщательно очищали от зубного налёта с помощью щёточек и паст, в состав которых не вхолил фтор. Очищенные поверхности хорошо промывали. После, зубы изолировали от слюны, высушивали. Согласно инструкциям фирм – изготовителей вносили материал и тщательно распределяли зондом по фиссурам, повторяя их конфигурацию. После отверждения материала проволили окклюзионную коррекцию. Визуально-инструментальное исследование за состоянием зубов и наложенным герметиком проводили каждые 6 месяцев в течение двух лет.

Результаты исследования. Анализ результатов клинического исследования неинвазивной герметизации фиссур показал, что через 6 месяцев после герметизации наблюдалась полная сохранность (100%) пломбировочных материалов в обеих исследуемых группах. Через 12 месяцев в группе, в которой герметизацию проводили истинным герметиком Fissbrit F (VOCO) сохранность пломбировочного материала составила – 95,92 % случаев. Повторное полное покрытие фиссур зубов было проведено в 4 зубах (4,08 % случаев). Через 18 месяцев сохранность герметика составляла – 93,9 %

случаев. Вторичного кариеса не было обнаружено в течение периода исследований. Электропроводность эмали зубов в областях фиссур, где не был обнаружен герметик, была от 0 до 1 мкА, что характеризует достаточную зрелость эмали.

Во второй группе, в которой герметизацию зубов проводили стеклоиономерным цементом Ketac Molar Easymix (3M ESPE). Через 12 месяцев пломбировочный материал сохранился в 91,3 % случаев. В 8 зубах (8,7 % случаев) была проведена повторная герметизация. Кариеса зубов в зубах, где не было обнаружено пломбировочного материала не выявлено. По данным электрометрии отмечена достаточная зрелость эмали зубов (0 – 1 мкА). Через 18 месяца в этой группе пломбировочный материал сохранился в 90,21 % случаев, что на 3,69 % меньше, чем в первой группе. Кариозных поражений в этой группе также не было выявлено по данным электрометрии.

Выводы. Своевременная герметизация фиссур зубов позволяет уменьшить степень риска возникновения фиссурного кариеса. Полученные результаты позволяют рекомендовать для первичной профилактики фиссурного кариеса истинного герметика Fissbrit F (VOCO) для неинвазивной герметизации фиссур в сравнении со стеклоиономерным цементом Ketac Molar Easymix (3M ESPE). В дальнейшем планируется продолжить исследования, направленные на изучение использования различных пломбировочных материалов для герметизвции зубов и возможности их клинического применения с целью первичной профилактики кариеса зубов.

Литература

1. Авраамова О.Г., Муравьева С.С. «Фиссурный кариес: проблемы и пути их решения». // Стоматологический Вестник, 2007, №11.

2. Blinkhorn A.S., Davies R.M. Preventing dental caries: part 2. Case studies in prevention // Dent Update, 2013. Vol.40(10). P.814-6, 818-20.

3. Congiu G., Campus G., Luglie P.F. Early Childhood Caries (ECC) prevalence and background factors: a review // Oral Health Prev Dent., 2018. 12(1). P. 71–6

4. Bhuridej P, Damiano PC, Kuthy RA, Flach SD, Kanellis MJ, Heller KE, Dawson DV. Natural history of treatment outcomes of permanent first molars. A study of sealant effectiveness. J Am Dent Assoc 2005;136:1265-1272.

Лабораторные исследования влияния изменения атмосферного давления на механическую прочность реставраций зубов из композитных материалов

Латиф А.Р.

Студент
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации,
Санкт-Петербург, Российская Федерация
E-mail: aleka.latif@yandex.ru

В число факторов, влияющих на развитие кариозного процесса, входят хронический стресс, экстремальные воздействия на организм [4], а также профессиональные вредности. Таким воздействиям подвергаются представители летных профессий, в результате развиваются стоматологические заболевания [5]. У людей данных профессий есть высокий риск развития вторичного кариеса из-за нарушения нарушение краевого прилегания материала к твердым тканям зуба в результате изменения атмосферного давления [1], что может повлечь за собой развитие вторичного кариеса даже при использовании качественных пломбировочных материалов [2,3].

Цель исследования: изучить влияние атмосферного давления на механическую прочность реставраций зубов из различных композитных материалов и определить наиболее оптимальный метод пломбирования в лабораторных условиях.

Для этого на удаленные по медицинским показаниям и отпрепарированные зубы наносился адгезив стоматологический Single Bond Universal по общепринятой методике, проводилось пломбирование полостей следующими материалами: Filtek Bulk Fill, SDR, Estelite Bulk Fill Fllow одной порцией. А также светоотверждаемым композитом Estelite Sigma Quick, стеклоиономерным цементом Vitremer по классической методике, затем реставрации помещались в барокамеру для изучения влияния атмосферного давления на запломбированные образцы, далее изучались шлифы отреставрированных зубов на сканирующем электронном микроскопе JEOLJSM-6380LV. Механическая прочность определялась с помощью испытательной машины “Shimadzu”.

Было доказано, что использование стеклоиономерного цемента Vitremer предотвращает образование микротрещин при изменении атмосферного давления. Процент нарушения краевого прилегания выявлен в 64,3±9,2% по сравнению со светоотверждаемым композитом по классической методике (75±8,3%), $p<0,05$.

Разгерметизация материалов группы bulk-fill, не подвергавшихся изменению атмосферного давления составила 28% $p<0,05$. В случаях изменения атмосферного давления нарушение краевого прилегания к тканям зуба составило 100% $p<0,05$, следовательно, bulk-fill нецелесообразно применять в данных условиях.

Литература

1. Воробьева, Ю.Б. Вопросы адгезии в лечении кариеса зубов методом прямой композитной реставрации / Ю.Б. Воробьева / Заболевания твердых тканей зубов: учеб. пособие / под ред. А.М. Ковалевского, Э.Г. Борисовой. - Москва: СИМК, 2023. - С. 121-149.
2. Гущин, А.А. Совершенствование техники пломбирования композитными материалами при лечении кариеса (клинико-лабораторное исследование): автореф. дис. … канд. мед. наук / А.А. Гущин. - Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ,2022. - 23с.
3. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. -М.: МЕДпресс-информ, 2021. - 1006 с

4. Парамонов, Ю.О. Оптимизация лечения начального кариеса с применением медицинского озона: автореф. дис. канд. мед. наук / Ю.О. Парамонов. - Москва: ФГАОУ ВО МГМУ,2019. - 26с.

5. Состояние полости рта у лётного состава при систематическом воздействии общей вибрации / А.М. Ковалевский, А.К. Иорданишвили, И.В. Гайворонский, П.С. Пащенко, И.И. Латиф // Авиакосмическая и экологическая медицина. - 2019. - Т.53, № 7. - С. 84-90.

Аугментация альвеолярного гребня челюстей с применением аутогенного дентинного блока

Ле Т.Х.[1], Редько Н.А.[2]

[1]Аспирант, [2]ассистент
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России,
кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии,
Москва, Российская Федерация
E–mail: dr.thanhhieu@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ отсутствие зуба встречается у 21% население планеты и для реабилитации данных пациентов проводится комбинированное лечение врачей стоматологов [1]. Одной из основных проблем с которой сталкиваются врачи на этапе планирование установки дентального имплантата является недостаточного количества костной ткани [2]. В настоящее время для восстановления альвеолярной кости в зоне планируемой установки дентального имплантата используются различные методики и материалов [2,3]. В последние годы по всему миру выполнены серии работ по применению материалов на основе удаленных зубов, благодаря схожие свойств дентина зуба и аутокости [3-7]. В нашей стране в 2021 году получены данные о клиническом применении измельченного аутологичного дентинного матрикса в качестве материала для «презервации» лунок удаленного зуба. Перед использованием материала на основе удаленных зубов, проводилось бактериологическое исследование материала для исключения возможных послеоперационных осложнений. Результаты анализа показали, что использование мелкозернистой фракции АДМ после обработки антисептическим раствором наиболее безопасное [3]. Minetti E. и соавт. применяют собственную запатентованную методику получения АДМ с применением различных антисептических растворов [4]. Использование собственных тканей зуба приводится в работе Апояна А.А., где используется фрагмент удаленного зуба для консервации лунки [6]. В данном исследовании представляется решение проблемы пациентов с атрофией альвеолярной кости в предимлантационном периоде с помощью применение аутогенных дентинных блоков.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение сравнительного анализа применения аутогенного дентинного блока и аутогенного костного блока при дефектах альвеолярного гребня челюстей в предимплантационном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Результаты рентгенологических методов исследования (КЛКТ); удаленный зуб пациента; аутогенный костный блок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе проведено бактериологическое исследование для оценки безопасности применения аутогенного дентинного блока. Результаты показали достоверное снижение числа микроорганизмов при антисептической обработке АДБ 2% раствором «Хлоргексидина биглюконата». По данным КЛКТ среднее значение ширины альвеолярной кости в группе АДБ до операции составляет 4,36 мм, после операции 7,66 мм и через 6 месяцев перед проведением имплантации 7,53 мм, а в группе АКБ 4,07 мм, 7,55 мм и 6,62 мм соответственно. При исследовании плотности альвеолярного гребня в области новообразованной костной ткани через 6 месяцев составило 657 Hu для группы АДБ и 454,8 Hu для АКБ. По данным результатам гистологического исследования в группе АДБ выявлено образование губчатой костной ткани, выполненной рыхлой

молодой и грубоволокнистой тканью, что указывается на остеоинтеграцию дентина и постепенное ремоделирование в сторону костной ткани.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование аутогенного дентинного блока может служить альтернативной методикой для проведения костных аугментаций при наличии ретенированного и/или дистопированного зуба исходя из клинических, рентгенологических и гистологических исследований. В дальнейшем планируется увеличение количества пациентов в данной группе, а также внедрение алгоритма операции, что позволит эффективно и безопасно использовать данный метод.

Литература

1. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Дентальная имплантация : национальное руководство / под ред. А. А. Кулакова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с.
3. Редько Н.А. Обоснование применения костнопластических материалов у пациентов после удаление зуба в предимплантационном периоде: дисс. … канд. мед. наук: 14.01.14 / Редько Николай Андреевич. – Москва, 2021. – 184 с.
4. Minetti E. Tooth as graft material: Histologic study / E. Minetti, S. Corbellaa, S. Taschieri, L. Canullo // Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2022. Vol. 24, № 4. P. 488-496.
5. Редько, Н. А. Презервация лунки зуба в предимплантационном периоде: оценка эффективности применения костнопластических материалов с использованием данных конусно-лучевой компьютерной / Н. А. Редько, А. Ю. Дробышев, Д. А. Лежнев // Кубанский научный медицинский вестник. 2019. № 6. С. 70-79.
6. Апоян А. А. Сохранение объема альвеолярной кости пустем использования фрагментов удаленных зубов для отсроченной дентальной имплантации: дисс. … канд. мед. наук: 14.01.14 / Апоян Ашот Араратович. – Москва, 2021. – 134 с.
7. Binderman I., Gideon H., Sapoznikov L. A novel procedure to process extracted teeth for immediate grafting of autogenous dentin // J Interdiscip Med Dent Sci. 2014. Vol. 7, N. 1. P. 56-63.

Использование нелинейной динамической системы для составления фазового портрета микроциркуляторного русла пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Лисина М.А.

Аспирант
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
ФГБУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Санкт-Петербург, Российская Федерация
E–mail: lisina1212@gmail.com

Актуальность. Нелинейность присуща биологическим системам. Начиная с 70, 80 – х годов нелинейная динамика применяется в медико-биологических исследованиях для оценки динамической системы, микроциркуляторное система – не исключение. Существует множество способов построения математической модели систем с помощью формул, графиков, уравнений [1,2]. Наиболее показательными являются геометрические изображения в виде фазового портрета. Фазовая точка интерпретируется как система, которая перемещается с течением времени по фазовой траектории в фазовом пространстве. В фазовом пространстве выделяют аттракторы – это определенные точки фазового пространства, или совокупность условий, определяющих путь, ведущий к одной точке [3].

Материалы и методы. В исследовании провелась оценка поведения нелинейной динамической системы микроциркуляторного русла тканей пародонта в фазовом пространстве на основании лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ, программа 2.2.509-НПП «ЛАЗМА», Российская Федерация). В зависимости от функционального состояния системы микроциркуляции тканей пародонта были построены фазовые портреты, показывающие динамическое состояние нелинейной системы. Для оценки фрактальной размерности с отражением динамики поведения кровотока использовали следующие показатели: D_O – фрактальная размерность, D_2 – корреляционная размерность, $D_{2\ норм}$ – нормированность колебательного процесса, H_0 – относительная энтропия ЛДФ – сигнала H_i – энтропия – информация R/S – показатель Херста.

Результаты. Полученные данные, сформированных нами групп, из 106 пациентов, I (пациенты с сахарным диабетом 2 типа без заболеваний пародонта) – 36 человек, II (пациенты с сахарным диабетом 2 типа с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести) – 25 человек, III (пациенты без сахарного диабета 2 типа с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести) – 30 человек, IV (контрольная группа) составили – 15 человек, указывали на разную гемомикроциркуляцию тканей пародонта, что позволило составить характерный портрет функционального состояния микроциркуляторного русла пародонта. На основании полученных данных, сложившиеся определенные соотношения реологических структурных и функциональных изменений отразили основные тенденции, характерные для каждой из четырех групп. При изучении влияния СД 2 типа и ХГП на состояние микроциркуляции были получены статистически достоверные различия между группами. Наиболее тяжелые изменения были характерны для 2 группы. Оценка всех параметров нелинейной динамики позволила понять влияние моделирующих факторов на кровоток, а также графически оценить структурную сложность ЛДФ – сигнала и динамику поведения кровотока с последующим формированием фазового портрета.

Литература

1. Козлов В.И. Система микроциркуляции крови: клинико-морфологические аспекты изучения. Регионарное кровообращение имикроциркуляция. 2006; 1: 84—101.

2. Крупаткин А.И. Динамический колебательный контур регуляции капиллярной гемодинамики. Физиология человека. 2007;5: 95—103.

3. Крупаткин А.И., Сидоров В.В., Кутепов И.А. Исследование информационных процессов в микрососудистых сетях с помощью вейвлет-анализа колебательных структур кровотока. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2009; 3: 21—31.

Эффективность применения репозиционной сплинт-терапии на примере клинического случая

Лисица Я.С.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: lisitsa.yana@mail.ru

Репозиционный сплинт (шина) используется при дисфункциях ВНЧС для вправления смещённого внутрисуставного диска [1]. Распространенность дисфункций по некоторым авторам достигает 76% у пациентов от 45 до 79 лет. Наблюдается тенденция к «омолаживанию» (25% обследованных 20-29 лет) [2].

Цель работы - оценить целесообразность применения репозиционной шины у пациента с реципрокным щелчком обоих ВНЧС.

Материалы и методы. Пациентка А., 26 лет обратилась в клинику с жалобами на щелчки в обоих суставах, неприятные ощущения в области левого сустава, затруднение при пережевывании пищи, беспокойный сон, бруксизм, непривычное смыкание зубов после сна. В анамнезе законченное ортодонтическое лечение, на момент обращения прошло 4 года с его окончания. Щелчки были с подросткового возраста, беспокойства не вызывали, после снятия брекетов жалоб не было. Яркая симптоматика в ВНЧС наблюдается только последние месяцы до обращения, появилась болезненность на нагрузку. При осмотре полости рта выявлено: несовпадение центров зубных рядов за счет сдвига нижнего вправо и лингвоокклюзия 4.5. На основании этих симптомов было сделано предположение о сдвиге нижней челюсти из центральной окклюзии.

Пациентке проведено полное функциональное обследование ЗЧС: сравнительная пальпация жевательных мышц, пальпация ВНЧС, изучение моделей в артикуляторе, МРТ ВНЧС, ТРГ в боковой проекции, аксиография.

Результаты обследования. *Клинические динамические пробы:* превалирует групповая функция. *Сравнительная пальпация мышц*: выявлена асимметричная чувствительность парных мышц, слева более болезненная. *Пальпация ВНЧС:* более болезненная слева. *МРТ ВНЧС:* вентромедиальная дислокация диска с вправлением при открывании рта в обоих суставах. Уменьшена задняя суставная щель в обоих суставах, что связано с болезненностью. *ТРГ:* 2 скелетный класс, тенденция к снижению нижней 1/3 лица, увеличена инклинация верхних резцов, бипротрузия. *Аксиография:* недостаточная длина суставного пути при протрузии/ретрузии, при открывании/закрывании в обоих суставах наблюдается двойной реципрокный щелчок, движение на левой стороне значительно короче, график более крутой, медиотрузионные движения недостаточной длины.

Лечение проводилось в концепции Славичека. Пациентке была назначена сплинт-терапия. Первый сплинт (мичиганская шина) работал 1,5 мес. Была достигнута декомпрессия в суставах и устранение большинства неприятных ощущений. На втором сплинте (репозиционная шина) вправились диски ВНЧС, т.е. устранились щелчки, что соответствует литературным данным [3,4]. Это подтверждено результатами повторной аксиографии.

Лечение с помощью сплинтов прошло успешно, однако, как и ожидалось, изменились не только внутрисуставные взаимоотношения, но и соотношение зубных рядов. *Объективно:* нижняя челюсть заняла центральное положение, т.к. центры зубных

рядов совпали, но резцовое перекрытие уменьшилось и появилась дизокклюзия в области премоляров и первых моляров с обеих сторон, что требует коррекции.

Таким образом, благодаря гнатологическому подходу в диагностике и сплинт-терапии в представленном клиническом случае получена центральная окклюзия, устранены все жалобы. В качестве закрепления результата пациентке рекомендовано регулярное ношение сплинта по ночам не менее полугода, а перед окончательной окклюзионной терапией пройти повторное полное функциональное обследование.

Заключение. Важным аспектом диагностики в случаях сочетания ЗЧА и дисфункций ВНЧС является применение гнатологических методов. Аксиография - самый достоверный и показательный метод, удобный для сравнения функционального состояния ЗЧС и оценки прогресса лечения. В представленном клиническом случае достигнута репозиция дисков в обоих суставах достаточно быстро, при чём более эффективным оказалось применение репозиционной шины.

Литература

1. Адоньева А. В., Ильин А.А., Щелкунов К.С. Репозиционная сплинт-терапия в комплексном лечении вправляемого смещения суставного диска височно-нижнечелюстного сустава //14.00.00 Медицинские науки (14.01.00 Клиническая медицина). - 2015. - №2.
2. Щербаков А.С., Петрикас И.В., Буланов В.И., Загорко М.В. Изучение распространенности и диагностика функциональных нарушений ВНЧС у лиц молодого возраста // Институт стоматологии. - 2013.
3. Santacatterina A., Paoli M., Peretta R., Bambace A., Beltrame A. A comparison between horizontal splint and repositioning splint in the treatment of 'disc dislocation with reduction'. Literature meta-analysis: review //Journal of Oral Rehabilitation. - 1998. - №25.- С. 81-88.
4. E.H. Williamson D.D.S., M.S. & B.J. Rosenzweig. The Treatment of Temporomandibular Disorders Through Repositioning Splint Therapy: A Follow-up Study // The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice. - 1998. - №16:4. - С. 222-225.

Методика оценки степени тяжести течения альвеолита челюстей

Лысков Н.В.

Аспирант
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова»
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
Санкт-Петербург, Российская Федерация
E-mail: gimnazzzt@gmail.com

В настоящее время инфекционно-воспалительные осложнения после операции удаления зуба в виде альвеолита челюстей встречаются часто и, при отсутствии проводимого лечения, очень мучительны для больных [1,3]. Анализ литературы и первичной медицинской документации показывает, что в настоящее время оценку степени тяжести течения альвеолита и эффективность его лечения врачи стоматологи-хирурги проводят на основании жалоб больного и клинической картины заболевания [2,4]. Исходя из этого, для разработки способа оценки тяжести течения альвеолита были проанализированы основные клинические симптомы этого заболевания у 242 (173 мужчин и 89 женщин) в возрасте от 18 до 72 лет.

В результате клинического наблюдения за пациентами с альвеолитом челюстей выявлено, что чаще всего в практике хирургической стоматологии учитываются следующие симптомы, характерные для альвеолита челюстей: болевой синдром, наличие и полноценность кровяного сгустка в лунке удалённого зуба, гиперемия и отёк слизистой оболочки альвеолярного отростка (части) челюсти, а также реакция регионарных лимфатических узлов и синдром общей интоксикации (температурная реакция пациента на заболевание).

Учитывая полученные данные, а также проведённое ранжирование указанных клинических симптомов по степени тяжести их клинических проявлений был разработан бальный способ оценки тяжести течения альвеолита. Суть предложенного способа состоит в следующем: на основании анализа клинических симптомов альвеолита челюстей необходимо проводить их оценку в баллах, в зависимости от выраженности симптомов (табл. 1).

Таблица 1

Клинические симптомы альвеолита и их интенсивность

№ п/п	Оцениваемый симптом альвеолита челюстей	Характеристика признака (симптома)	Оценка (в баллах)
1.	Болевой синдром	отсутствует	0
		постоянная мучительная боль	1
		постоянная мучительная боль с иррадиацией в ухо и по ходу ветвей тройничного нерва	5
2.	Характеристика кровяного сгустка после антисептической обработки лунки зуба	полноценный кровяной сгусток заполняет более 2/3 лунки зуба	0
		полноценный кровяной сгусток заполняет более 1/2 лунки зуба	1
		полноценный кровяной сгусток заполняет менее 1/2 лунки зуба	5
	Наличие	гиперемия и отёк отсутствуют	0
		имеется гиперемия и отёк десны	1

3.	гиперемии и отёка десны вокруг лунки удаленного зуба	вокруг лунки удалённого зуба	
		застойная гиперемия и выраженный отёк слизистой оболочки десны вокруг лунки удалённого зуба	5
4.	Увеличение регионарных лимфатических узлов	отсутствует	0
		лимфатические узлы увеличены, безболезненны	1
		лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации	5
5.	Характеристика общей температурной реакции организма	температура 36,4–36,9ºС	0
		температура тела 37,0–37,5ºС	1
		температура тела выше 37,6ºС	5

Согласно предложенному способу, для установления степени тяжести течения альвеолита осуществляют диагностику перечисленных клинических симптомов. После регистрации симптоматики выполняют подсчет баллов в сумме и оценивают степень выраженности клинической симптоматики альвеолита исходя из полученной суммы баллов следующим образом: 0 – отсутствие заболевания; 1-4 балла – альвеолит лёгкой степени; 5-9 баллов – альвеолит средней степени тяжести; 10-25 баллов – тяжёлое течение альвеолита.

Данный подход способствует не только определению степени тяжести течения альвеолита челюстей, но и оценке эффективности проведённого лечения, что крайне важно для объективизации клинического течения альвеолита челюстей и оценки эффективности использования при его лечении различных способов и лекарственных средств.

Литература

1. Валентиенко, А.В. Анализ осложнений воспалительного характера, возникающих при удалении зубов / А.В. Валентиенко, О.Е. Реутский // Медицинский вестник МВД. – М., 2013. –№1. – С. 79–80.

2. Иорданишвили, А.К. Частота и структура осложнений после удаления зубов мудрости верхней челюсти / А.К. Иорданишвили, А.А. Пономарёв, Н.В. Коровин, М.Г. Гайворонская // Институт стоматологии. – 2015. – № 4 (69). – С. 49–51.

3. Rakhshan, V. Common risk factors of dry socket (alveolitis osteitis) following dental extraction: A brief narrative review // J Stomatol Oral Maxillofac Surg. – 2018. – P. 301-309.

4. Tarakji, B. Systemic review of dry socket: aetiology, treatment and prevention / B. Tarakji, L.A. Saleh, A. Umair [et al.] // J Clin Diagn Res. – 2015. – Vol. 9. – P.10-13.

Использование индивидуальных эндопротезов при лечении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

Мелиев Д.И.

Аспирант
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России,
кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии,
Москва, Российская Федерация
E–mail: dr.meliev@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, является одной из самых актуальных проблем в современной стоматологии. Вопросы патогенеза, этиологии, дифференциальной диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава полностью не исследованы и не имеют единой концепции. Интерес к данному разделу вызван и высоким распространением патологии ВНЧС: 35 – 60% населения. Клинические проявления заболеваний височно-нижнечелюстного сустава разнообразны, и определяются полиэтиологичностью патологических изменений, в результате степень выраженности клинических проявлений не всегда схоже с характером изменений в суставе, что затрудняет диагностику и лечение. Деформации и деструкции височно-нижнечелюстного сустава является следствием травмы, опухолевого процесса, инфекционно-воспалительных заболеваний, безуспешных, ранее проведённых операций и других патологических состояний. В результате вышеперечисленные причины в конечном итоге приводят к анкилозу, к полному нарушению функции, проявляющееся в ограничении и/или невозможности движения нижней челюсти или к патологической мыщелковой резорбции, результатом которой становятся заднее положение нижней челюсти, уменьшение высоты ветви нижней челюсти, приводящее к нарушению ее движения, вертикальную резцовую дизокклюзию, нарушение процесса речеобразования, сужение просвета верхних дыхательных путей, ночное апноэ и болевой синдром. Структуры височно-нижнечелюстного сустава могут быть разрушены ошибочно подобранными реконструктивными имплантационными материалами. Данной группе пациентов показано протезирование височно-нижнечелюстного сустава с использованием тотальных эндопротезов. Протезирование височно-нижнечелюстного сустава с использованием тотальных эндопротезов подразумевает собой замещение суставной ямки височной кости и мыщелкового отростка нижней челюсти.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность методов протезирования височно-нижнечелюстного сустава в рамках анализа оперативных вмешательств на височно-нижнечелюстной сустав в период от 2015 до 2023 годах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализ оперативных вмешательств на височно-нижнечелюстной сустав в период от 2015 до 2023 годах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В клинике КЦ ЧЛПХиС МГМСУ им. А.И. Евдокимова в период с 2015 года по 2023 год были прооперированы 60 пациентов в возрасте от 10 до 70 лет. Всем пациентам было показано проведение реконструктивно-восстановительной операции на височно-нижнечелюстном суставе. 29 пациентам при проведении реконструктивно-восстановительной операции на височно-нижнечелюстном суставе использовались эндопротезы суставной впадины и суставной головки. 15 пациентам при проведении реконструктивно-восстановительной операции на височно-нижнечелюстном суставе

использовались аутотрансплантаты. 9 пациентам при проведении реконструктивно-восстановительной операции на височно-нижнечелюстном суставе использовались эндопротезы из карбопола. 7 пациентам при проведении реконструктивно-восстановительной операции на височно-нижнечелюстном суставе использовались иные конструкции. Проведя сранительный анализ данных групп пациентов, выявлено, что самым благоприятным и со стабильным результатом после проведенной реконструктивно-восстановительной операции одним из методов, является использование эндопротезов суставной головки и суставной впадины при тотальном протезировании височно-нижнечелюстного сустава.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день для пациента с анкилозом височно-нижнечелюстного сустава оперативное лечения, включающее тотальную реконструкцию височно-нижнечелюстного сустава с использованием цифрового хирургического планирования, хирургических шаблонов и индивидуальных протезов височно-нижнечелюстного сустава является оптимальным метод лечения и увеличивает эффективность и прогнозируемые результаты лечения пациентов с анкилозом височно-нижнечелюстного сустава.

Литература

1. Дробышев, А. Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / под ред. Дробышева А. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 360 с.
2. Дробышев А. Ю., Янушевич О. О. Челюстно-лицевая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 880 с.
3. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Классификация, клиника, диагностика и лечение / А. Ю. Дробышев [и др.] // Паринские чтения 2020. Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи: сб. тр. Нац. конг. с междунар. Участием – Минск, 2020. – С. 168-173.
4. Оценка госпитализированной заболеваемости взрослого населения Краснодарского края патологией челюстно-лицевой области / А.Н. Редько, А.В.Зобенко, В.Я.Зобенко, И.Т.Рубцова // Кубанский научный медицинский вестник. - 2016. - № 4 (159). - С. 98-102. DOI.org /10.25207/1608-6228-2016-4-98-102
5. Шипика Д.В., Дробышев А.Ю., Выклюк М.В. Инновационые методы в алгоритме комплексной диагностики и лечения патологии височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с зубочелюстными деформациями. // Материалы XI ежегодного научного форума «Стоматология 2009» – 2009 – с.238 – 241.
6. Особенности лечения пациентов с анкилозом височно-нижнечелюстного суставом. Дробышев А.Ю., Мелиев Д.И., Редько Н.А. В сборнике: Актуальные вопросы стоматологии. сборник трудов всероссийской V научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2021. С. 51-54.
7. Mercuri L.G. The TMJ Concepts patient fitted total temporomandibular joint reconstruction prosthesis. Oral Maxillofac Clin North Am 2000;12(1):73–91;
8. Bradrick J.P., Indresano A.T. Failure rates of repetitive temporomandibular joint surgical procedures. J. Oral Maxillofac Surg., 1992 ; 50 (Suppl 3) :145;
9. Wolford L.M., et all. Outcomes of treatment with custom-made temporomandibular joint total joint prostheses and maxillomandibular counter-clockwise rotation. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2008 Jan;21(1):18-24;

Дистракционный остеогенез при трансверзальных аномалиях челюстей

Миннахметова Д.Р[1], Эштиева А.А.[2], Дмитриева И.В.[3]

[1] аспирант, [2]студент, [3] к.м.н., ассистент
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра детской челюстно – лицевой хирургии с/ф
Москва, Российская Федерация
E-mail: dianaminn@mail.ru, alina.alinaaaaa5@gmail.com

Трансверзальные зубочелюстные аномалии являются одни из самых часто встречаемых аномалий челюстно – лицевой области, их распространенность колеблется от 8 до 47%. Трансверзальные зубочелюстные аномалии могут существовать самостоятельно, но чаще встречаются в сочетании с другими аномалиями, что не только усугубляет течение, но и затрудняет диагностику и составление комплексного алгоритма лечения [1]. Часто возникают трудности в определении последовательности хирургического лечения при сочетанных аномалиях.

Недоразвитие челюстей может быть обусловлено экзогенными и эндогенными факторами [2]. В свою очередь сужение верхней челюсти проводит к скученности зубного ряда, неправильному расположению языка, сужению и недоразвитию дыхательных путей, нарушению носового дыхания и возникновению ночных апноэ [3].

В зависимости от степени выраженности аномалии челюстей производится выбор тактики лечения пациента, при незначительной выраженности возможно огранить лечение консервативными методами с использованием ортодонтических аппаратов. При наличии выраженной аномалии или сочетании нескольких аномалий пациентам рекомендовано комплексное консервативное и хирургическое лечение. Для устранения трансверзальных зубочелюстных аномалий верхней челюсти успешно используется метод дистракционного остеогенеза, который может использоваться как самостоятельное хирургическое лечение или в качестве первого этапа подготовки пациента к ортогнатической операции. [4].

На кафедре детской челюстно – лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов детского и подросткового возраста, имеющих трансверзальные зубочелюстные аномалии в период с 2012 по 2022 гг. В этот период хирургическое лечение получило 197 детей среди них 113 девочек (57,4%) и 84 мальчика (42,6%). При этом отмечается резкое увеличение обращаемости населения за хирургической помощью в период с 2020 по 2022 гг. Среди всех обратившихся возраст пациентов составил от 10 до 17 лет, из них было прооперировано 4,6% в возрасте от 10 до 12 лет, 19% в возрасте от 13 до 14 лет и 74,6% в возрасте от 15 до 17 лет. При распределении пациентов по патологиям было выявлено, что у 98% процентов пациентов сужение верхней челюсти сопровождалось сочетанными патологиями, среди них чаще всего встречалась мезиальная окклюзия (64%), дистальная окклюзия (8,6%), вертикальная резцовая дизокклюзия (4,6%), пороки развития ЧЛО (9,8%), синдромальные поражения (5,8%), анкилозы ВНЧС (5,2%).

Таким образом, на основании полученных исследований можно говорить о высокой нуждаемости в оказании хирургического лечения пациентам детского и подросткового возраста с трансверзальными зубочелюстными аномалиями путем дистракционного остеогенеза. В связи с этим остается актуальный вопрос о совершенствовании методики лечения детей и подростков с трансверзальными зубочелюстными аномалиями путем дистракционного остеогенеза, совершенствование диагностики, показаний, курса и

объема дистракции для дальнейшего качественного улучшения реабилитации детей и подростков.

Литература

1. Слабковская А.Б. Трансверсальные аномалии окклюзии. Этиология, клиника, диагностика, лечение: дис. … докт. мед. наук./ М. – 2008. – 404 с. 10
2. Устранение сужения челюстей методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза / Д. Ю. Комелягин, А. В. Дергаченко, О. З. Топольницкий [и др.] // Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. – 2017. – № 1. – С. 37-46. – EDN XPTLUT.
3. Babacan H, Doruk C, Uysal IO, Yuce S. Effects of rapid maxillary expansion on nasal mucociliary clearance. Angle Orthod. 2016 Mar;86(2):250-4. doi: 10.2319/121714-918.1. Epub 2015 Jul 1. PMID: 26132423; PMCID: PMC8603619
4. Хирургическое расширение верхней челюсти в комплексном лечении взрослых пациентов с гнатическими формами зубочелюстных аномалий / И. А. Клипа, А. Ю. Дробышев, Н. С. Дробышева [и др.] // Dental Forum. – 2012. – № 3. – С. 45-46.

Особенности работы хирурга стоматолога с учётом эргономики при удалении зубов

Мирзоян А.А.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: 13579agor@gmail.com

Актуальность. Во время работы стоматолог - хирург находится в вынужденном положении длительное время и осуществляет монотонные движения, что приводит к напряжению отдельных групп мышц, к нагрузке на позвоночник и суставы. Эти факторы могут обуславливать снижение работоспособности и приводить к развитию разнообразных нарушений опорно-двигательной системы [1,2,5] Важными аспектами эргономики стоматологического приема являются положения: «врач-пациент», «врач-ассистент», освещение рабочего места. Стоматологи-хирурги изучают базовые принципы экстракции несостоятельных зубов в положении стоя соответственно сегментам удаления. С появлением новых технологий и внедрением в ежедневную стоматологическую практику увеличения, дополнительного света, микрохирургических инструментов, изменились принципы эргономики амбулаторной хирургической практики.

Цели и задачи. Провести анализ условий работы хирурга-стоматолога при удалении зубов и соотнести данные литературы.

Материалы и методы. В рамках исследования разработана анкета, включающая основные вопросы положения хирурга-стоматолога при удалении зубов, использования дополнительного света и микрохирургических инструментов, наличие и локализации боли, связанной с профессиональной деятельностью, нарушение зрения. Проведено анонимное анкетирование, в котором приняли участие 57 человек: 33 мужчины и 24 женщины в возрасте от 21 года до 57 лет. Проведен анализ 18 источников отечественной и зарубежной литературы, по критерию проводимого исследования выбрано 5.

Результаты. В литературных источниках, посвященных исследованию организации рабочего места стоматолога-хирурга выявлено, что неправильная эргономика приводит к вынужденной позиции с выраженной нагрузкой на позвоночник, ноги и на органы зрения [4,5]. По сравнению с нагрузкой в спокойном сидячем положении мышечная нагрузка в положении «стоя» возрастает почти в 2 раза, в позиции «стоя с наклоном» увеличивается в 10 раз[2,3]. Использование бинокуляров уменьшает угол наклона головы и шеи, создавая более статичную позицию и улучшает визуализацию рабочего поля [2,3]. У 80%стоматологов после 10 лет практики диагностируют ухудшение зрения [2,3]. По результатам анкетирования установлено: 37,5% стоматологов-хирургов удаляют зубы «больше стоя, чем сидя», 28,6% - «только стоя», 17,5% - «только сидя». Определили, что 67,9% респондентов испытывает боль в различных областях, 26% характеризуют его, как слабая ноющая боль. У работающих стоя чаще выражен болевой синдром, они чаще обращаются к специалистам: массажистам, остеопатам, неврологам. Увеличение при удалении зубов в виде бинокуляров использовали 26,8%, дополнительное освещение - 46,4%. О снижении зрения заявило 39,6%, из них 24% связывали ухудшение зрения с работой. Делают упражнения в течение рабочего дня 21,8% врачей, организуют перерыв между приёмом пациентов 63,6%.

Выводы. 1.По данным анкетирования 67,9 % врачей испытывают боль различной локализации после приёма пациентов. 2.Оптимизация условий труда хирурга-стоматолога при удалении зубов позволяет снизить вероятность развития

профессиональных заболеваний врача. 3.Частые, но короткие перерывы (5-10 минут) с производственной физической гимнастикой [2,3] также имеют важное значение для профилактики.

Литература

1. Бадалян В. А., Кулаков А. А. Эргономика в хирургической стоматологии и имплантологии //Стоматология. – 2013. – Т. 92. – №. 3. – С. 34-37.
2. Алпатова, В. Г. Современные образовательные технологии в стоматологии (симуляционный курс) : учебник / Алпатова В. Г. , Балкизов З. З. , Батюков Н. М. [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с.
3. Эргономика в работе врача-стоматолога : учеб.-метод. пособие / Н. И. Дмитриева, Н. П. Руденкова, С. П. Сулковская. – Минск : БГМУ, 2007. – 30 с.
4. De Sio S, Traversini V, Rinaldo F, Colasanti V, Buomprisco G, Perri R, Mormone F, La Torre G, Guerra F. Ergonomic risk and preventive measures of musculoskeletal disorders in the dentistry environment: an umbrella review. PeerJ. 2018 Jan 15;6:e4154. doi: 10.7717/peerj.4154. PMID: 29362689; PMCID: PMC5772380.
5. Plessas A, Bernardes Delgado M. The role of ergonomic saddle seats and magnification loupes in the prevention of musculoskeletal disorders. A systematic review. Int J Dent Hyg. 2018 Nov;16(4):430-440. doi: 10.1111/idh.12327. Epub 2018 Jan 10. PMID: 29318741.

Определение биосовместимости современных силеров с периапикальными тканями зуба в условиях эксперимента in vivo

Михайлова А.Е.[1], Митронин Ю.А.[2],

[1]Студент, [2]аспирант
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Кафедра кариесологии и эндодонтии,
г. Москва, Российская Федерация
E-Mail: iam.anastasia12@icloud.com; ura@mitronin.ru

Актуальность. В связи с актуальным вопросом импортозамещения в отечественной стоматологии идёт поиск состава материала для пломбирования корневых каналов зубов, который приобретёт новые необходимые свойства для обеспечения эффективности лечения болезней пульпы и периапикальных тканей [1-2]. С прогрессивным развитием стоматологического материаловедения в последние годы, научно-практический интерес представляют силеры с добавлением синтетического гидроксиапатита, которые с недавнего времени применяются при обтурации корневых каналов и значительно отличаются по составу от широко используемых эпоксидных герметиков [3-4]. Так сравнительный анализ биосовместимости современных синтетических материалов для обтурации корневых каналов является актуальным для изучения, что может позволить повысить качество эндодонтического лечения.

Цель. Повышение эффективности эндодонтического лечения на основании разработки новой композиции отечественного кальцийсодержащего силера и изучения его биосовместимости с периапикальными тканями зубов в условиях эксперимента in vivo.

Задачи. 1 — Провести сравнительный лабораторный анализ современных силеров и новой разработанной отечественной композиции кальцийсодержащего силера для изучения их количественного и качественного состава. 2 — Оценить реакцию периапикальных тканей зубов на различные силеры в условиях эксперимента на животных.

Материал и методы. Эксперименты на животных проводились в лаборатории НИМСИ в соответствии с Директивой 2010/63/EU Европейского парламента и совета европейского союза. Лабораторные исследования проводились на 12 кроликах-самцах породы шиншилла, массой 3,5±0,1 кг. Методика выполнения эксперимента in vivo заключалась во вскрытии полости резца нижней челюсти, формировании эндодонтического доступа, инструментальной обработки корневого канала до размера 30.04 с последующей обтурацией силером с частичным выведением его за верхушку корня, тем самым обеспечивая более плотный контакт материала с периапикальными тканями. Животные рандомно были распределены в 3 группы в соответствии с используемым материалом для пломбирования корневых каналов: G1— AH Plus (Dentsply Sirona, США); G2 – BioSeal (OGNA, Италия); G3 – новая композиция кальций-фосфатного цемента отечественного производства (Российская Федерация). Оценку состояния периапикальных тканей проводили на 7 и 30 сутки эксперимента. Были получены фрагменты челюстей с опытным резцом и подготовлены серийные гистологические срезы, окрашенные гематоксилином и эозином. Данные статистически анализировали с помощью непараметрического критерия Вилкоксона при уровне достоверности $p<0,05$.

Результаты. Биосовместимость силеров имела статистически значимую разницу между группами исследования в период 30 дней наблюдения ($p<0,01$). В группе 1 была

выявлена выраженная отрицательная динамика патоморфологических изменений периапикальных тканей зубов на всем периоде наблюдения. При этом, в группе 3 было выявлено локальное асептическое воспаление в периодонте, а также наблюдался умеренно выраженный отек и полнокровие сосудов апикального периодонта в период 7 дней наблюдений. Через 30 дней после лечения в группах 2 и 3 видимые изменения периапикальных тканей отсутствовали.

Выводы. Кальцийсодержащие материалы зарубежного и отечественного производства показали высокую биосовместимость с периодонтальными тканями зубов ($p<0,05$). При этом выявлена токсичность эпоксидного силера на ткани пародонта в 7- и 30-дневный период наблюдения. Таким образом, при положительных результатах последующих исследований новую композицию кальций-фосфатного силера целесообразно рассматривать как перспективный стоматологический материал для пломбирования корневых каналов зубов.

Литература

1. Хабадзе З.С., Морданов О.С., Тодуа И.М., Солиманов Ш.М., Нажмудинов Ш.А., Магомедов О.И., Аджиева А.Б. Характеристики и обоснование клинического применения силера на основе трикальций силикатного цемента // Эндодонтия Today. – 2019. – №17(4). – С. 30-33.
2. Митронин А.В., Останина Д.А., Митронин Ю.А. Биокерамика в современной эндодонтии // Эндодонтия today. – 2021. - №19(3). – С. 166-170.
3. Крихели Н.И., Пустовойт Е.В., Журавлева Е.Г., Аракелян И.Р., Рыбалкина Е.А. Биокерамические силеры. Обзор физико-химических и биологических свойств // Российская стоматология. – 2020. - №4(13). – С. 32-36.
4. Torabinejad M., Parirokh M., Dummer PMH. Mineral trioxide aggregate and other bioactive endodontic cements: an updated overview - part II: other clinical applications and complications // International Endodontic Journal. – 2018. - №51(3). – С. 284–317.

Сравнительная оценка положения мыщелкового отростка нижней челюсти в процессе сплинт-терапии

Морозова А.А., Петросян В.И.

Ординаторы
Кафедра стоматологии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E–mail: morozlis@mail.ru

Актуальность: в настоящее время дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является одной из часто встречающихся патологий на стоматологическом приёме. Существует множество подходов к лечению заболеваний данной области: хирургические, ортопедические, физиотерапевтические. Но наряду с ними выделяют также сплинт-терапию. В процессе лечения на сплинтах происходит коррекция окклюзионных, мышечных, суставных нарушений.

На сегодняшний день существует несколько основополагающих окклюзионных концепций по комплексной диагностике, лечению дисфункций ВНЧС и в связи с этим поиску наиболее оптимального положения нижней челюсти и соответственно положению мыщелков в суставной ямке – классическая гнатологическая концепция (наиболее заднее положение), концепция последовательной дезокклюзии Венской школы, нейромышечная концепция (передне-нижнее положение), передне-верхнее (мышечно-скелетное) положение. Каждая из них имеет свои несомненные достоинства и недостатки[1,2,4,5]. Хотя раннее определение центрального соотношения основывалось на наиболее заднем положении мыщелков, сегодня многие клиницисты пришли к пониманию того, что передне-верхнее положение является более приемлемым. Но любое лечение дисфункции ВНЧС направлено в первую очередь на определение оптимального положения суставных головок — это симметричное положение мыщелковых отростков в суставных ямках у основания ската суставного бугорка с корректно расположенным суставным диском [3]. При таком положении обе суставные головки осуществляют сугубо вращательное движение без трансляционного компонента, мышцы-элеваторы функционируют без окклюзионных влияний, стабильное положение нижней челюсти с точки зрения опорно-двигательного аппарата. При этом суставные поверхности и суставной диск выровнены таким образом, что силы жевательной мускулатуры не приводят к самопроизвольному повреждению суставов.

Актуальность исследования состоит в обнаружении и оценке разницы положения головки мыщелкового отростка нижней челюсти относительно суставной ямки височной кости до и после лечения на сплинтах.

Цель исследования: оценить перемещение мыщелкового отростка вследствие комплексного лечения и сплинт-терапии.

Задачи исследования: сравнить результаты исследований компьютерной томограммы до и после лечения с помощью сплинт-терапии, произвести оценку полученных данных.

Материалы и методы исследования: в контрольную группу для исследования были отобраны компьютерные томографии 22 пациентов, мужчин и женщин старше 18 лет, прошедших комплексное лечение, включающее сплинт-терапию по Ronald Roth на верхней челюсти без окклюзионных отпечатков, массаж жевательных мышц, миогимнастику языка, остеопатическую коррекцию. Исследования пациентов проводились в рентгенологическом центре “Золотое сечение” на цифровом томографе “KaVo 3D eXam” размером 23X17 см до и после лечения. Сравнение срезов

компьютерной томографии в области височно-нижнечелюстного сустава проводилось в программе Adobe Photoshop.

Результаты: в результате исследования было выявлено, что после комплексного ортогнатического лечения произошло перемещение мыщелковых отростков нижней челюсти в более центральное положение, при этом суставная щель становится более равномерной на всем протяжении. В 75% исследованных клинических случаев произошло смещение мыщелковых отростков в мезиальном направлении, относительно исходного, в 25% - в дистальном. В вертикальной плоскости перемещение мыщелковых отростков книзу наблюдалось в 41% случаев, кверху- в 39%, не происходило- в 20%.

Выводы:

1) В результате комплексного ортогнатического лечения произошло перемещение мыщелковых отростков нижней челюсти в более центральное положение.

2) Суставная щель становится более равномерной на всем протяжении.

3) Перемещение мыщелковых отростков в мезиальном направлении было выявлено в 3 раза чаще, чем в дистальном.

4) В вертикальной плоскости перемещение мыщелковых отростков книзу и кверху наблюдается с примерно одинаковой частотой, в 20% случаев – перемещение не наблюдалось.

Литература

1. Доусон П. Функциональная окклюзия: от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки*:* 2007.

2. Славичек Р. *Жевательный орган.* М.: Азбука стоматолога; 2008. Slavicek R. *The Masticatory Organ: Functions and Dysfunctions.* M.: Azbuka stomatologa; 2008.

3. Хватова В. А. Клиническая гнатология. М.: Медицина, 2008. 296 с.

4. McCollum BB, Evans RL. The gnathological concepts of Charles E. Stuart, Beverly B. McCollum and Harvey Stallard. *Georgetown Dent J.* 1970;36(1): 12-20.

5. Palaskar JN, Murali R, Sanjay Bansal. Centric Relation Definition: A Historical and Contemporary Prosthodontic Perspective. *J Indian Prosthodont Society.* 2013;13(3):149-154. https://doi.org/10.1007/s13191-012-0209-7

Функциональная диагностика. Индивидуализация лечения пациентов с миофасциальной дисфункцией в челюстно-лицевой области

Нелипа С.А., Ильгияева И.И.

Ординатор
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ
Кафедра ортодонтии
Москва, Российская Федерация
E-mail: sonynelipa1@mail.ru

По данным литературы, более чем у 95% пациентов, обращающихся с жалобами по поводу височно-нижнечелюстного сустава, определялась дисфункция мышечного генеза [1]. А миогенные нарушения челюстно-лицевой области могут, в свою очередь, способствовать возникновению и развитию аномалий окклюзии. Для диагностики состояния мышц челюстно-лицевой области широкое распространение и применение получили различные методы функциональной диагностики, так как хорошо известно, что чем точнее диагноз, тем успешнее лечение и тем больше шансов на восстановление нарушенной функции жевательного аппарата, который обеспечивает метаболизм всех органов, включая такие жизненно важные, как мозг и сердце [2].

Целью данного исследования является уточнить причину мышечно-суставной дисфункции у пациента с физиологической окклюзией и выработать индивидуальный подход к терапии имеющихся мышечных нарушений, основываясь на дополнительных методах функциональной диагностики.

Пациентка Д., 25 лет, обратилась на прием с жалобами на сколы зубов, хроническое прикусывание языка ночью, хронические утренние головные боли, постоянное ощущение напряжения в жевательных и мимических мышцах. При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Пальпация мышц челюстно-лицевой области вызывала неприятные безболезненные ощущения. При осмотре полости рта определялась физиологическая окклюзия зубных рядов (I класс по Энглю). При выполнении третьей пробы Ильиной-Маркосян, которая заключается в медленном опускании нижней челюсти с последующим смыканием зубных рядов, была выявлена девиация нижней челюсти. Симптом Хвостека, связанный с повышенной возбудимостью двигательных волокон лицевого нерва и вызывающийся перкуссией неврологическим молоточком посредине линии, соединяющей угол рта и мочку уха, был положительным и равен IV степени (резкое сокращение губной комиссуры, крыла носа, круговой мышцы глаза, фронтальной мышцы по типу гемиспазма) [3]. Перечисленное выше позволило предположить наличие нейрогенной тетании, сопровождающейся пониженным уровнем витамина D в крови, что подтвердилось результатом анализа крови на витамин D=14,3 нг/мл (норма 30-80 нг/мл). Для большего понимания патогенетических механизмов мышечно-суставной дисфункции были проведены электронейромиография и бульбарная капилляроскопия. При проведении игольчатой электронейромиографии с пробой Труссо-Бондсдорфа с гипервентиляцией развился спазм кисти по типу «руки акушера», имелось приведение предплечья к надплечью, онемение круговой мышцы рта, что затрудняло артикуляцию. Проба на скрытую тетанию резко положительная. При капилляроскопии было выявлено изменение артериоло-венулярного соотношения, снижение скорости кровотока и организация сладжей в просвете капилляров.

Полученные клинические и параклинические данные у пациента с физиологической окклюзией (I класс по Энглю) позволили думать о наличии мышечной дисфункции на фоне выраженной нейрогенной тетании, дефицита витамина D, нарушения тканевой

микроциркуляции, что требует медикаментозной терапии для восстановления витаминно-минерального баланса, микроциркуляции и сократительной способности мышц, как жевательных, так и мимических. Данный случай показывает необходимость комплексного подхода к клинической симптоматике, дальнейшему выбору дополнительных методов диагностики и, как следствие, назначения индивидуального лечения.

Литература

1. Онопа Е.Н, Смирнов К.В., Смирнова Ю.В., Евдокимов С.Н., Лосев К.В. Анализ результатов комплексного обследования пациентов с мышечно-суставной дисфункцией // Институт стоматологии. - 2002. - № 2.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
3. Молдовану И.В., Яхно Н.Н. Нейрогенная тетания: Монография. - Кишинев: Штиинца, 1985.

Обзор методов немедикаментозной коррекции психоэмоционального состояния потенциально применимых для реабилитации пациентов с парафункцией жевательных мышц

Нестеров В.Д.[1], Дондоков А.Ю.[2]

[1,2]оператор научной роты №8 ГВМУ МО РФ
ФГВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ
Кафедра общей стоматологии
Санкт-Петербург, Российская Федерация
E-mail: doc.cerebralis@yandex.ru

Одним из ключевых факторов развития парафункции жевательных мышц является психоэмоциональное напряжение и хронический эмоциональный стресс [2,5]. Помимо коррекции окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений влияние специалисту необходимо добиваться релаксации и гармонизации работы мышц жевательного аппарата, и организма больного в целом [6].

Цель данного исследования заключалась в обзоре методов немедикаментозной коррекции психоэмоционального состояния, которые могут быть применимы при комплексном подходе в лечении пациентов с парафункцией жевательных мышц.

Поиск научных статей и оригинальных исследований осуществлялся по базам данных PubMed, ResearchGate, ScienceDirect, eLIBRARY.RU за последние 10 лет. Ключевые слова поиска: парафункция, жевательные мышцы, психоэмоциональная коррекция, myofascial pain, non-medical treatment.

В результате поиска и изучения научных статей и оригинальных исследований потенциально применимыми для коррекции психоэмоционального состояния пациентов с парафункцией жевательных мышц выявлены следующие методы: метод бинаурального воздействия, метод биоакустической психокоррекции, метод полисенсорной релаксации, флоат-терапия (сенсорная депривация) [1,3,4].

Метод бинаурального воздействия заключается в создании резонансного отклика в теменных долях мозга в ответ на акустическое воздействие, что проявляется в виде сонливости или состояния повышенного внимания [1]. Флоат-теарпия оказывает глубокую релаксацию и благотворное влияние на эмоциональное здоровье в следствие нивелирования факторов окружающей среды [4]. В основе методов биоакустической психокоррекции и компьютерного аутотренинга, заложена технология биологической обратной связи [3].

На наш взгляд, в дополнение к комплексу стоматологической помощи и аппаратурного лечения, физиотерапии, фармакотерапии, лечебного массажа и курсов остеопатии, пациентам с парафункцией жевательных мышц необходима немедикаментозная коррекция психоэмоционального состояния.

По данным исследователей методы бинаурального воздействия, терапия биологической обратной связи и сенсорная депривация позволяют добиться общей релаксации организма, и как следствие, достичь физиологического покоя жевательных мышц. Включение данных методов в протоколы лечения пациентов с парафункцией жевательных мышц требует продолжения проведения экспериментальных исследований с целью оценки их эффективности.

Литература

1. Агеева Ю.В., Клаучек А.Е., Пархоменко А.Н. Стресспротективное бинауральное воздействие в этиопатогенетической коррекции бруксизма в стоматологической практике // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2022. – Т. 19, № 3. – С. 150-156.
2. Булычева Е.А., Чикунов С.О., Трезубов В.Н., Грищенков А.С. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц // Институт стоматологии. - 2012. - №12. - С.14-16.
3. Калачев А.А. Влияние биоакустического воздействия на нейро- и психофизиологические характеристики человека // Вестник ВолГМУ. - 2013. - №4 (44). – С. 58-61.
4. Моисеева И.Я., Мельников В.Л., Дементьева Р.Е., Бибарсова А.М., Мещерякова Ю.С. Влияние сенсорной депривации методом флоат-терапии на показатели эмоционального здоровья человека, стрессоустойчивость и уровень артериального давления (обзор литературы) // Известия вузов. Поволжский регион. Медицинские науки. - 2020. - №2 (54). – С. 127-137.
5. Петрикас И.В., Буланов В.И., Никоноров В.И. Проблема исследования взаимосвязей психологического статуса и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Литературный обзор // Евразийский Союз Ученых — публикация научных статей в ежемесячном научном журнале. Психологические науки. – 2015. - №11(20). – С. 118-120.
6. Chisnoiu A.M., Picos A.M., Popa S., Chisnoiu Liana P.D. Lascu, Picos A., Chisnoiu R. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders - a literature review // Clujul Medical. - 2015. - Vol. 88, N 4. - P. 473–478.

Применение неабляционного фракционного лазерного фототермолиза у пациентов с дефицитом кератинизированной десны

Османов П.Г.[1], Озден К.А.[2]

[1]аспирант, [2]студент
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет)
Кафедра хирургической стоматологии.
Москва, Российская Федерация
e-mail: poladosmanov8@gmail.com

Актуальность

В последние годы фракционный лазерный фототермолиз (ФЛФ) нашел широкое клиническое применение в современной практике врачей офтальмологов и дерматологов. Действие лазера направлено на стимуляцию регенерации биоткани и заключается в создании изолированных друг от друга тепловых микроповреждений – фракционных колонок, окруженных зонами жизнеспособной ткани [1, 2]. ФЛФ имеет ряд значительных преимуществ: с помощью ФЛФ возможно создание микротермических зон с управляемой шириной, глубиной и плотностью микроповреждения. При анализе результатов использования ФЛФ было выяснено, что при выборе определенного соотношения зон повреждения и здоровой ткани, ткань может регенерировать без образования рубцов. Учитывая высокую эффективность метода в дерматологии и офтальмологии, интересным представляется возможность использования методики неабляционного фототермолиза в стоматологии [3].

Цель работы

Повышение эффективности лечения пациентов с недостаточной шириной и толщиной кератинизированной десны путем применения неабляционного фракционного фототермолиза диодным лазером.

Материалы и методы

Исследование было проведено на базе кафедры ПМГМУ им. И.М. Сеченова.

Нами было пролечено 10 пациентов возрасте от 18 до 50 лет с дефицитом кератинизированной десны. Лечение проводили с помощью фракционного лазерного аппарата «ИРЭ-Полюс» (Российская Федерация) с длиной волны излучения λ=1.55 мкм и традиционным способом. Все пациенты методом случайной выборки были распределены на 2 группы. Лечение дефицита кератинизированной десны у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом проводили: в 1-й группе с помощью фракционного лазера, во 2-й группе – традиционным методом.

Результат

По данным клинических методов исследования при ФЛФ кератинизированной десны у пациентов с хроническим пародонтитом и периимплантитом, при оценке воспаления десны в местах манипуляций, максимальной активности отек и гиперемия достигали на 1 сутки после обработки и полностью регрессировали на 7 сутки. Изменения цвета десны и элементов коагуляционного некроза не наблюдали ни в одной из основных исследуемых групп. Болевые ощущения пациентов в ходе ФЛФ были минимальны, согласно визуально-аналоговой шкале (ВАШ) - не более 4 баллов.

По данным измерения ширины и толщины кератинизированной десны в контрольных точках через 3 месяца - ширина кератинизированной десны увеличилась с 0,7 мм до 0,9 мм, толщина кератинизированной десны от 0,5 мм до 0,7 мм в группах при использовании фракционного лазера. В результате проведенного исследования было достигнуто улучшение кровоснабжения области кератинизированой десны,

подвергнутой ФЛФ за счет ангиогенеза и активации регенеративных процессов у пациентов с дефицитом кератинизированной десны.

Заключение

Таким образом, после проведенной ФЛФ кератинизированной десны у пациентов с хроническим пародонтитом и периимплантитом было достигнуто значительное улучшение биотипа десны в области ее дефицита.

Литература

1. Andrea C Issler-Fisher , Oliver M Fisher, Peter A Haertsc: Effectiveness and safety of ablative fractional CO 2 laser for the treatment of burn scars: A case-control study, 2021 Jun;47(4):785-795
2. Andrea C Issler-Fisher, Oliver M Fisher, Peter K M Maitz: Ablative fractional CO 2 laser for burn scar reconstruction: An extensive subjective and objective short-term outcome analysis of a prospective treatment cohort, 2017 May;43(3):573-582.
3. Steven Parker, Mark Cronshaw: The influence of delivery power losses and full operating parametry on the effectiveness of diode visible-near infra-red (445-1064 nm) laser therapy in dentistry-a multi-centre investigation, 2022 Jan 14.

Экспериментальное изучение динамики структуры ротовой полости лабораторных животных при различных видах курения

Петров А.А.

Аспирант
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России
Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
Санкт-Петербург, Российская Федерация
E-mail: paa_stom@mail.ru

Введение. В современных реалиях появляются новые тенденции в курении – использование электронных сигарет и систем нагревания табака [1]. Влияние новых видов курения на органы ротовой полости и эмаль зубов изучено недостаточно, поэтому у врачей-стоматологов возникают сложности с поиском пусковых факторов развития заболеваний органов полости рта у курильщиков. Возникает необходимость проведения экспериментальных исследований с целью изучения первостепенного влияния конкретных систем курения на органы-маркеры в структуре ротовой полости [2,3].

Цель. Изучить в экспериментальных условиях морфологические изменения ротовой полости и структуры шлифов зубов лабораторных животных после различных видов курения.

Материалы и методы. На группе беспородных самцов крыс проведено рандомизированное исследование с последующим разделением на исследуемые группы в зависимости от системы курения: сигареты (n=10), кальян (n=10), системы нагревания табака (n=10), электронные сигареты (n=10). В ходе исследования разработан аппарат для имитации активного курения с последующим динамическим изучением влияния систем в течение 28 дней. В завершении экспериментальной части проводилось морфологическое изучение структур ротовой полости, а также с помощью сканирующей электронной микроскопии проводилось изучение изменений структуры эмали зубов.

Результаты. При морфологическом исследовании биоптатов определяется полнокровие в тканях слюнных желез при курении кальяна и сигарет, в слизистой оболочки полости рта – при курении систем нагревания табака и кальяна, в тканях лимфатического узла – при курении систем нагревания табака. Сканирующая электронная микроскопия позволила обнаружить, что при всех видах систем курения (сигареты, кальян, системы нагревания табака, электронные сигареты) наблюдается повреждающее воздействие на структуру эмали зубов.

Выводы. Разработана экспериментальная модель имитации активного курения с проведенным расчетом необходимой разовой дозы и времени для каждого вида курения. На 28 день исследования в тканях слюнных желез после воздействия сигарет и кальяна, а также в тканях слизистой оболочки полости рта после воздействия систем нагревания табака и кальяна, а при воздействии систем нагревания табака в тканях лимфатического узла обнаружены морфологические изменения структуры органов. При всех видах курения наблюдаются изменения в структуре эмали зубов, которые проявляются по-разному в зависимости от системы. Разработанная экспериментальная модель позволяет определить начальные структурно-функциональные изменения органов полости рта, которые необходимо учитывать при курации и лечении курящих пациентов стоматологического профиля.

Литература

1. Jia Y.J., Liao Y., He Y.Q., Zheng M.Q., Tong X.T., Xue W.Q., Zhang J.B., Yuan L.L., Zhang W.L., Jia W.H. Association Between Oral Microbiota and Cigarette Smoking in the Chinese Population. Front Cell Infect Microbiol. 2021. 28;11:658203.

2. Szumilas P., Wilk A., Szumilas K., Karakiewicz B. The Effects of E-Cigarette Aerosol on Oral Cavity Cells and Tissues: A Narrative Review. Toxics. 2022; 10(2):74.

3. Wu J., Li M., Huang R. The effect of smoking on caries-related microorganisms. Tobacco Induced Diseases. 2019;17:32.

Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей с ревматическими заболеваниями с применением иммуностимулирующего препарата

Петухова А.И.[1] Шевлакова А.В.[2]

[1,2]Ординатор
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
Кафедра детской, профилактической стоматологии и ортодонтии
Москва, Российская Федерация
E-mail: nastya20ap@mail.ru

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - наиболее частое хроническое заболевание полости рта, поражающее 5-25% населения. Комплексное лечение ХРАС состоит из общей и местной терапии. [1] Изучение клинико-иммунологического статуса пациента — один из важных факторов, обеспечивающих успех лечения ХРАС. [2] У детей с ревматическими заболеваниями (РЗ) на фоне базисного лечения (ГКС и иммуносупрессоры) особенно остро снижается общий иммунитет, а также местный в полости рта, поэтому наиболее часто у таких пациентов выявляют ХРАС, что требует добавления в общую схему лечения иммуностимулирующих препаратов. Таким препаратом является «Лизобакт», в состав которого входит лизоцим, который в слюне, наряду с секреторной формой IgA, является главным из факторов неспецифической резистентности. [3] Ряд исследований показал, что Лизобакт способствует увеличению продукции секреторного IgA. [4]

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова, в отделении ревматологии. Нами было проведено обследование 108 детей с РЗ: Болезнь Бехчета (ББ) – 22 и ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) -86. Так же была обследована контрольная группа из 20 детей. Обследуемые были разделены на три возрастные группы и на две группы по длительности течения основного заболевания. Определение концентрации sIgA проводили по методу Манчини. Нами была разработана и применена схема комплексного лечения ХРАСа с использованием препарата Лизобакт.

Результаты: В результате проведённого клинического обследования слизистой оболочки полости рта ХРАС был выявлен у всех детей с ББ и у 31,4% детей с ЮРА. При системном васкулите и болезни Бехчета выраженное снижение концентрации sIg A отмечалось в I возрастной группе при течении основного заболевания менее 2 лет и в I и II возрастных группах при течении основного заболевания более 2 лет. А при ЮРА выраженное снижение концентрации sIg A отмечалось в I возрастной группе с длительностью заболевания менее 2 лет и во II возрастной группе при длительности основного заболевания более 2 лет.

Вывод: При проведенном анализе полученных результатов, содержание sIgA в слюне у детей с РЗ, во всех возрастных группах, снижено на 22 %, по сравнению с контрольной группой. Дефицит данного иммуноглобулина способствует рецидивированию воспалительных процессов и является основным показателем местного иммунитета, поэтому было необходимо добавить в стандартную схему лечения ХРАСа местный иммуностимулирующий препарат. Таким препаратом является Лизобакт. Его применение у детей с РЗ снизило редицидивирование ХРАСа.

Литература

1. Belenguer-Guallar I, Jiménez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. J Clin Exp Dent. 2014 Apr 1;6(2):e168-74.
2. Азимбаев, Н. М. Этиология и причины возникновения хронического рецидивирующего афтозного стоматита полости рта (обзор литературы) / Н. М. Азимбаев. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2016. — № 26 (130). — С.189-193.
3. Осипенко Е.В. Клинический опыт применения препарата «Лизобакт» в комплексной терапии хронического тонзиллита. Практическая медицина. 2009.№1:107-109.
4. Антибактериальные, противогрибковые, противовирусные и иммуномодулирующие эффекты лизоцима: от механизмов к фармакологическому применению. Калюжин О. В. «Эффективная фармакотерапия. Педиатрия», 2018, №1 (14), стр. 6–13

Сахарный диабет и поражения слизистой оболочки полости рта

Полещук Е.В.[1], Ковалевский А.М.[2]

[1]студент
[2]Доцент, доктор мед. наук, доцент кафедры общей стоматологии
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
г. Санкт-Петербург
E-mail: katyalife@bk.ru

Сахарный диабет – заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, вырабатываемого Бета-клетками островков Лангерганса-Соболева поджелудочной железы. Это приводит к изменениям углеводного, липидного и белкового обмена, поражению сосудов и нервов.

У пациентов с сахарным диабетом наиболее часто поражают слизистые оболочки и твердые ткани зубов грамположительные бактерии S. aureus, S. epidermidis, S. pyogenes, S. Pneumoniae, грамотрицательные бактерии E. coli, P. aerugenosa, M. catarrhalis, H. Influenza, анаэробные P. mirabilis, Peptostreptococcus, Bacteroides spp., грибковые микроорганизмы родов Aspergillus, Mucor [2, с. 290; 4, с. 37-40].

Клиническая картина характеризуется сухостью слизистых оболочек полости рта, языка, а также кожных покровов. Нитевидные сосочки языка десквамированы (рисунок 1), заметна атрофия. Отмечают жжение и парестезии языка вследствие поражения миелиновой оболочки нервного волокна (диабетическая полинейропатия), нарушение вкусовой чувствительности. Чувство сладкого привкуса во рту, не сопровождающееся приемом пищи. Пациентов может беспокоить зуд десен. Десны набухшие, цианотичные, легко кровоточат (диабетическая ангиопатия). В полости рта можно наблюдать десквамативный гингивит, пародонтит тяжелой степени, склонный к абсцедированию [3, с. 638].

При неконтролируемом СД в полости рта развивается кандидоз. Этому способствует нарушение общего метаболизма, отражающееся на ходе нормального созревания эпителия слизистой оболочки полости рта, что меняет свойства эпителиальных клеток, способствуя адгезии на их поверхности гриба Candida. При тяжелом декомпенсированном течении сахарного диабета возможно развитие трофических язв (рисунок 2), отличающихся резкой болезненностью и длительным течением. При диабетической коме на языке выявляют обильный темный налет.

Лечение. Общее лечение направлено на коррекцию уровня глюкозы в крови, а также контроль гипертензии. Назначается эндокринологом совместно с консультацией кардиолога во избежание не контролируемой артериальной гипертензией.

В целях нормализации углеводного обмена можно применить отвар листьев черники, цветков бессмертника, корня одуванчика (столовая ложка смеси в равных пропорциях на стакан воды, кипятить 5 минут, остудить, процедить, выпить в течение дня в три приема). Показано применение витаминов группы В (особенно B_1), аскорбиновой и никотиновой кислот. По общим правилам проводят удаление зубных отложений и местное медикаментозное лечение [1, с. 148].

Приложение

Рисунок 1. Нитевидные сосочки языка. Окраска: гематоксилин и эозин. Лабораторный микроскоп Primo Star. Увеличение 100х.

Рисунок 2. Афта на слизистой оболочке нижней губы.

Литература

1. Интегративная пародонтология: руководство для врачей-стоматологов / под ред. А.М. Ковалевского, В.В. Никитенко. – М.: СИМК, 2019. С. 148.

2. Плужников М.С., Гусева А.Г. Консервативные и хирургические методы в ринологии / под редакцией М.С. Плужникова. – СПб.: Диалог, 2005. С. 290.

3. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 638–639.

4. Schaberg D.S., Norwood J.M. Case study: infections in diabetes mellitus // Diabetes Spectrum. 2002. Vol. 15, № 1. P. 37–40.

Актуальность изучения состава и свойств универсальных адгезивных систем в стоматологии

Руда О.Р.

Ассистент
ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов»
Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний Медицинского института
Москва, Российская Федерация
E-mail : oxaruda@yandex.ru

Введение: Современная стоматология постоянно развивается: происходит модернизация и оптимизация средств, применяемых врачом в ежедневной практике. Качество стоматологического терапевтического лечения, а также последующие отдалённые результаты во многом определяются свойствами применяемых материалов [1,2].

Актуальность: Растущая популярность использования универсальных бондов определяется удобством и простотой применения, а также улучшенными адгезионными свойствами. Использование новых разработок во врачебной практике способствует снижению риска осложнений, которые могут возникнуть в процессе лечения. [3],[4].

Цель: Анализ исследований, посвящённых изучению влияния состава универсальных адгезивных систем на их свойства.

Материалы и методы: Изучены публикации, посвящённые составу бондов 8-го поколения, размещённые в базах данных PubMed, eLibrary и Google Scholar, глубина поиска 10 лет. Отобраны источники, посвящённые вопросам применения и изучению свойств универсальных адгезивных систем в стоматологии.

Результаты: Химический состав адгезивной системы во многом определяет её способность к образованию связи. Каждый компонент бонда имеет определённую функцию. В составе адгезивной системы обычно присутствуют: мономеры смолы, инициаторы отверждения, ингибиторы и стабилизаторы, растворитель (например, вода, этиловый спирт, ацетон) и, иногда, неорганический наполнитель. Травящим агентом в большинстве случаев является фосфорная кислота [5].

Универсальные адгезивные системы, содержащие нанонаполнители, обеспечивают повышенную прочность соединения с тканями зуба и более длительную сохранность связи [6]. Наличие кислых гидрофильных мономеров, делает возможным использование бонда на протравленной эмали после загрязнения слюной или влагой [7].

Исследование K. L. Van Landuyt et al. (2008) доказывает, что небольшое количество (10%) гидроксиэтилметакрилата (HEMA) способствует увеличению прочности связи одноэтапного самопротравливающего адгезива. Однако при увеличении концентрации HEMA уровень адгезии снижается, в то же время гидроксиэтилметакрилат (HEMA) обладает высоким аллергенным потенциалом [8].

По результатам исследования Pimentel de Oliveira R. Et al. (2022), в котором оценивалась прочность связи самопротравливающих систем, содержащих мономеры гидроксиметилметакрилат (HEMA) и 10-MDP, демонстрируется увеличение прочности образуемых связей по сравнению с адгезивами, содержащими только HEMA [9].

В то же время результаты исследования Fabiana Siqueira et al. (2016) показывают, что химический состав бондов последнего поколения не являлся основным фактором, который определяет прочность сцепления с исследуемыми материалами. В данной работе была изучена связь, создаваемая между универсальной адгезивной системой и материалами, применяемыми в CAD/CAM технологиии [10].

Выводы: Наличие в различных источниках противоречивых сведений относительно характеристик универсальных адгезивных систем свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения данной темы.

Литература

1. Байт Саид, О. М. Х. К вопросу о композитных материалах / О. М. Х. Байт Саид, С. Н. Разумова, Э. В. Величко // Российский стоматологический журнал. – 2020. – Т. 24. – № 4. – С. 278-282. – DOI 10.17816/1728-2802-2020-24-4-278-282.
2. Rizzante FAP, Mondelli RFL, Furuse AY, Borges AFS, Mendonça G, Ishikiriama SK. Shrinkage stress and elastic modulus assessment of bulk-fill composites. J Appl Oral Sci. 2019 Jan 7;27: e20180132. doi: 10.1590/1678-7757-2018-0132. PMID: 30624465; PMCID: PMC6322642
3. Изучение антимикробной активности композитных материалов / Р. М. Брагунова, С. Н. Разумова, А. Р. Мелкумян [и др.] // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 1. – № 2(339). – С. 54-58.
4. Хасханова Л.М., Разумов С.Н., Гапочкина Л.Л., Разумов Н.М., Серебров Д.В., Ветчинкин А.В., Серебров К.Д. Сравнительная характеристика адгезивной прочности адгезивных систем пятого поколения при модификации адгезивного протокола. Медицинский алфавит. 2022;(2):63-66. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-2-63-66
5. Оценка влияния антимикробной добавки на свойства композита / С. Н. Разумова, Л. Л. Гапочкина, Р. М. Брагунова [и др.] // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 4. – № 36(333). – С. 24-27.
6. Л. М. Хасханова, С.Н. Разумова, Л. Л. Гапочкина, Н. М. Разумов, Д. В. Серебров, А. В. Ветчинкин, К. Д. Серебров Сравнительная характеристика адгезивной прочности адгезивных систем пятого поколения при модификации адгезивного протокола Медицинский алфавит No 2 / 2022, Стоматология (1)63 DOI: 10.33667/2078-5631-2022-2-63-66
7. Khashanova L.M. Comparative Characteristics of Physical and Mechanical Properties of Adhesive Systems/ Khashanova L.M., Razumova S.N.1, Brago A.S., Bragunova R.M., Serebrov D.M., Gureva Z.A., Razumov N.M., Bait Said O.M.H.// Journal of International Dental and Medical Research – Турция 2022 Volume · 15 · Number · 1 · P. 27-30
8. Khaskhanova L.M. Scanning Electron Microscopy/ Khaskhanova L.M, Razumova S.N., Serebrov D.M., Gureva Z.A., Vetchinkin A.V., Rebrii A.V., Bait Said O.M.H.//Journal of International Dental and Medical Research _Турция 2022 Volume · 15 · Number · 1 · 2022 P.107-109
9. Л.М. Хасханова Эффективность применения адгезивных систем пятого поколения при изменении протокола до и после термоциклирования/ Л.М. Хасханова, С.Н. Разумова, А.С. Браго, Р.М. Брагунова, З.А. Гурьева, Н.М. Разумов// Медицинский алфавит No 7 / 2022, Стоматология (2) с.15-19
10. Siqueira F, Cardenas AM, Gutierrez MF, Malaquias P, Hass V, Reis A, Loguercio AD, Perdigão J. Laboratory Performance of Universal Adhesive Systems for Luting CAD/CAM Restorative Materials. J Adhes Dent. 2016;18(4):331-40. doi: 10.3290/j.jad.a36519. PMID: 27419246

Оценка показателей слюноотделения у пациентов с дисфункцией ВНЧС, предъявляющих жалобы, характерные для явлений непереносимости материалов зубных протезов

Рудакова А.М.

Аспирант
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра ортопедической стоматологии с/ф
Москва, Российская Федерация
E-mail: alina_rud96@mail.ru

В настоящее время увеличивается количество пациентов с дисфункциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава [1]. У данной категории лиц помимо характерных для дисфункций жалоб могут присутствовать следующие симптомы: жжение слизистой оболочки полости рта, пощипывание и покалывание языка, наличие ксеростомии [2, 3]. В свою очередь соответствующие симптомы наблюдаются и при непереносимости конструкционных материалов зубных протезов, в частности изменение слюноотделительной функции, которая может проявляться в виде гипо- или гиперсаливации [4]. Известно, что с возрастом данные патологические состояния прогрессируют, в связи с чем необходимо проводить качественную и количественную оценку показателей функции слюноотделения у лиц пожилого возраста с характерными для непереносимости жалобами [5].

Цель исследования: изучить показатели скорости слюноотделения и pH-слюны у пациентов пожилого возраста, предъявляющих жалобы характерные для явлений непереносимости к конструкционным материалам зубных протезов, с дисфункцией ВНЧС.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 34 пациента пожилого возраста, предъявляющих жалобы характерные для явлений непереносимости к конструкционным материалам зубных протезов. У всех обследованных на основании краткого «Гамбургского исследования» было установлено наличие дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, что в дальнейшем подтвердилось МРТ-исследованием. В ходе анкетирования выявлены такие симптомы, как наличие жжения слизистой оболочки, изменения вкусовой чувствительности. Кроме того, все обследуемые предъявляли жалобы на наличие сухости в полости рта. Для оценки скорости слюноотделения у пациентов в течение 10 минут собирали нестимулированную слюну через 1,5 – 2 часа после приема пищи в стерильные градуированные пробирки объемом 10 мл. Расчёт проводили из общего полученного объема (V), разделенного на время в течение которого производили сбор (t = 10 минут). Полученные результаты измерений выражали в мл/мин. Показатель pH-слюны оценивали с помощью pH-метра «Аквилон – 410» по стандартной методике. Результаты полученных исследований заносили в таблицу.

Результаты исследования. При проведении анализа полученных данных скорости слюноотделения и pH-слюны у лиц пожилого возраста с симптомами, характерными для явлений непереносимости к конструкционным материалам зубных протезов и наличием дисфункции ВНЧС нами было выявлено значительное уменьшение показателя скорости нестимулированного слюноотделения в обследуемой группе, который составил 0,18 ± 0,08 мл/мин, при этом в норме значения скорости слюноотделения составляют 0,3 – 0,6 мл/мин [6]. При изучении показателей pH-метрии у данной категории лиц было выявлено смещение в кислую сторону. Среднее значение pH-слюны у обследованных

пациентов составило 6,52 ± 0,31, в то время как показатели нормы находятся в пределах 6.8 – 7.2 [6].

Вывод. На основании проведенного исследования нами было установлено, что у пациентов пожилого возраста с жалобами, характерными для явлений непереносимости к материалам зубных протезов, и дисфункцией ВНЧС, происходит значительное уменьшение показателей скорости слюноотделения и смещение pH-слюны в кислую сторону. Данное явление может быть обусловлено нейрорегуляторной и гемодинамической взаимосвязью между анатомическими структурами челюстно-лицевой области. Полученные результаты свидетельствуют о том, что следует уделять особое внимание состоянию ВНЧС при обращении пациентов с жалобами, характерными для явлений непереносимости, с целью повышения эффективности дифференциальной диагностики данных патологических состояний на первичном стоматологическом приеме.

Литература

1. Стрекалова Е.Л., Джашеева Д.И., Халкечева Л.Н., Стрекалов А.А. Анализ эпидемиологических аспектов расстройств ВНЧС на первичном ортопедическом приеме // Институт стоматологии. - 2021. - № 1 (90). - С. 14-15.

2. Галимуллина В.Р., Лебедев С.Н., Брагин А.В. Распространеность и структура клинических проявлений дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Проблемы стоматологии. - 2020. - Т. 16. - № 2. - С. 11-16.

3. Волосова Е.В., Панин А.М., Цициашвили А.М., Шишканов А.В., Нильва А.И. Проблемы диагностики и лечения пациентов с ксеростомией. Современный взгляд // Медицинский алфавит. - 2020. - № 35. - С. 44-47.

4. Манин О.И., Золотницкий И.В., Романенко М.В., Рудакова А.М. Анализ жалоб у пациентов с явлениями непереносимости зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты // Российская стоматология. - 2022. - Т. 15. - № 3. - С. 52-53.

5. Дубова Л.В., Манин О.И., Рудакова А.М. Оценка показателей слюноотделительной функции у пациентов пожилого возраста с общесоматическими заболеваниями и жалобами на явления непереносимости к конструкционным материалам зубных протезов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2022. - Т. 21. - № S2. - С. 102.

6. Вавилова Т.П., Янушевич О.О., Островская И.Г. Слюна. Аналитические возможности и перспективы. – М.: Издательство БИНОМ, 2014. – 312 с.

Разработка стоматологического типодонта для совершенствования мануальных навыков в ортодонтической практике

Румянцев И.Д.

Ординатор
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
Кафедра ортодонтии
Москва, Российская Федерация
E-mail: vano.rumyantsev@mail.ru

Актуальность Типодонт – это вспомогательная продукция, представляющая собой модели челюстей, включающая в себя имитацию зубов и слизистой оболочки. На данный момент во всех существующих ортодонтических типодонтах в качестве основания используют базисный воск, после нагревания которого происходит демонстрация перемещения зубов. Данные типодонты могут использоваться как для отработки мануальных навыков и визуализации работы ортодонтической аппаратуры, так и для изучения биомеханических аспектов в ортодонтии [1]. Однако данная технология неудобна с точки зрения подготовки данных моделей к практическим занятиям, в связи с большими временными затратами. Также не все типодонты выполнены функционально верно [2], что приводит к созданию неправильно сформированных мануальных навыков и в дальнейшем к некачественно оказанной медицинской помощи.

Цель исследования Разработка и конструирование высокореалистичного стоматологического типодонта для обучения и совершенствования практических навыков в ортодонтии с использованием несъёмной аппаратуры.

Задачи исследования 1) Оцифровка отобранных физических моделей; 2) Проведение опытно-конструкторских работ по выбору технологического решения по физическому созданию модели; 3) Создание пилотной модели ортодонтического типодонта; 4) Тестирование разработанного ортодонтического типодонта на предмет фиксации брекет-системы, наложения дуги, перемещения зубов под действием наложенной ортодонтической аппаратуры.

Материалы и методы Для изготовления пилотной модели ортодонтического типодонта, были отобраны модели челюстей из супергипса, которые отсканировали на 3D сканере Medit Identica T300. Далее полученные данные были перенесены в программу Blender, где производилась доработка цифровых моделей с интеграцией в них нескольких зубочелюстных аномалий. Также в этой программе были сконструированы цоколи и шаблоны для отливки десны и зубов будущих типодонтов. Цоколи (2 единицы) и шаблоны для отливки десны и зубов будущих типодонтов были напечатаны на 3D принтере Anycubic Photon M3 Plus фотополимерной смолой (фотополимер Elegoo Plant-Based Resin Белый), со скорость - 100 мм/ч, слой - 0.01 мм. Десна типодонта (2 единицы) была изготовлена по полученным шаблонам методом литья жидким двухкомпонентным силиконом для литья форм Юнисил 9320 на основе олова. Зубы типодонта (28 единиц) также были изготовлены по шаблонам методом литья жидким литьевым пластиком LiquidForm Plastic R. Из полученных компонентов (цоколи 2 единицы, десна типодонта 2 единицы, зубы типодонта 28 единиц) были сконструированы 2 модели верхней и нижней челюстей. Полученные типодонты были протестированы на предмет позиционирования и фиксации брекет-системы, наложения дуги при помощи эластических лигатур, перемещения зубов под действием давления наложенной ортодонтической аппаратуры.

Результаты и их обсуждения По результатам проведённой работы были оцифрованы отобранные модели из супергипса. Проведены опытно-конструкторские работы по выбору технологического решения по физическому созданию модели.

Создана пилотная модель ортодонтического типодонта для обучения и совершенствования практических навыков в ортодонтии с использованием несъёмной аппаратуры для лечения зубочелюстных аномалий. Тестирование данного типодонта на предмет позиционирования и фиксации брекет-системы, наложения дуги при помощи эластических лигатур, перемещения зубов под действием давления наложенной ортодонтической аппаратуры.

Выводы В дальнейшем планируется усовершенствование полученной пилотной модели ортодонтического типодонта с помощью имитации связочного аппарата зубов и губчатой костной ткани. В результате выполнения данной работы возможно создание ортодонтического типодонта, который в перспективе поможет повысить качество освоения практических навыков.

Литература

1. Ji-Yong Kim, Won-Jae Yu, Prasad N. K. Koteswaracc, Hee-Moon Kyung. Effects of bracket slot size during en-masse retraction of the six maxillary anterior teeth using an induction-heating typodont simulation system // THE KOREAN JOURNAL of ORTHODONTICS. 2017.47.3.158.
2. С Аниша Холл Хоппе. Студенты- стоматологи нуждаются в типодонтах лучшего качества. // Газета «Dental Tribune Russia» 2022, №7, том 3. С. 2.

Влияние жевательного табака СНЮСа на состояние полости рта подростков

Савинова Е.А., Соколова Е.А.

Студенты
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии
Тверь, Российская Федерация
E–mail: savinova_eli@mail.ru, sokolova.liz@mail.ru

По оценке ВОЗ, бросить курить в 2021 году во всем мире хотели бы около 780 млн человек [1]. Мода на курение сигарет среди подростков постепенно уходит, на их место встают новые вариации никотинсодержащих изделий, из которых особенно выделяется СНЮС. В современной России употребление СНЮСа запрещено законом по ч.2 ст.14.53 КоАП РФ, но табачные предприятия и торговые точки продолжают его легальную продажу под видом жевательного бестабачного изделия [2]. В одном пакетике СНЮСа доза никотина составляет от 16 до 100 мг, что в разы превышает дозу одной выкуренной сигареты. Общий вред, оказываемый никотином на организм человека, широко известен: тахикардия, аритмия, атеросклероз сосудов нижних конечностей, сердца, мозга, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, гастрит, язвенная болезнь, колит, гипергликемия [3]. В литературе появляются описания некоторых последствий употребления СНЮСа, наблюдаемые в ротовой полости: кератоз слизистой [4], лейкоплакия [5], гингивит [6], рецессия десны [7], плоскоклеточная карцинома [8]. Влияние СНЮСа на организм подростков мало изучены.

Анонимное анкетирование подростков, возрастом от 16 до 18 лет, в котором было опрошено 55 человек, показало, что употребление СНЮСа популярно среди молодёжи**.** Среди опрошенных подростков 94,5% имеют представление об изделии, остальные 5,5% затрудняются ответить или не знают, что такое СНЮС; 16,4% из них его употребляют постоянно, 10,9% - редко, причем 66,7% опрошенных имеют стаж употребления больше года. При этом 10,9% находят изделие безвредным, 18,2% затрудняются ответить, 70,9% опрошенных считают его небезопасным – 34,7% употребляющих СНЮС отметили изъявление слизистой полости рта, 14,3% ее раздражение и жжение, 38,2% неприятный запах из ротовой полости, остальные не обнаружили у себя последствий употребления. На вопрос о зависимости 77,1% ответили, что отказаться от употребления СНЮСа возможно, но самостоятельно не пытались, 20,8% затрудняются дать ответ, остальные считают, что отказаться от употребления нельзя. Одними из причин его популярности у молодого поколения, по мнению опрошенных, являются доступность, бездымность, оказываемый эйфорический эффект. Также было выяснено, что подростки знают недостаточно о последствиях употребления СНЮСа для своего здоровья и выбирают его как замену сигаретам, поскольку уверены в меньшем вреде.

Литература

1. Курить нельзя бросить // Национальные проекты URL: https://национальныепроекты.рф/news/kurit-nelzya-brosit-kak-rozhdalas-i-umiraet-moda-na-sigarety (дата обращения: 01.03.2023).
2. КоАП РФ Статья 14.53 // КонсультантПлюс URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/c7031470d86984b06c879faaa53ae1a75e4e8f41/ (дата обращения: 27.02.2023).
3. Гаджиева, С. Р. Влияние табака на здоровье человека / С. Р. Гаджиева, Т. И. Алиева, Х. Ф. Гаджиева. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2017. — №

44 (178). — С. 99-102. — URL: https://moluch.ru/archive/178/46296/ (дата обращения: 12.03.2023).

4. Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis // Europe PMC URL: https://europepmc.org/article/med/30671762 (дата обращения: 26.02.2023).

5. Axell T., Pindborg J.J., Smith J., van der Waal L.: Oral white lesions with special reference to precan-cerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18–21 1994. International Collab-orative Group on Oral White Lesions. J Oral Pathol Med 25: 49–54 (1996)

6. Modeer T., Lavstedt S., Ahlund C.: Relatiom between tobacco consumption and oral health in Swedish schoolchildren. Acta Odontol Scand 38: 223-227 (1980)

7. Ernster V L, Grady D G, Greene J C, Walsh M, Robertson P, Daniels TE, Benowitz N, SiegeL D, Gerbert B, Hauck W W: Smokeless tobacco use and health effects among baseball players. JAMA 264: 218-224 (1990)

8. Zätterström U K, Svensson M, Sand L, Nordgren H, Hirsch J M: Oral cancer after using Swedish snus (smokeless tobacco) for 70 years - a case report. Oral Dis 10: 50-53 (2004).

Обоснование выбора техники протравливания при применении универсальной адгезивной системы

Саврасова Е.В.

Аспирант
ФГБУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России
Кафедра клинической стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: rubaki1430@gmail.com

В последние годы при проведении как прямых, так и непрямых реставраций зубов отдают предпочтение универсальным адгезивным системам, которые являются многофункциональными. Универсальные адгезивы способны обеспечивать высокую силу адгезии вне зависимости от степени влажности дентина, что позволяет использовать их в технике тотального, селективного и самопротравливания в зависимости от клинической ситуации. Сравнительный анализ применения универсальной адгезивной системы в различных техниках протравливания при проведении прямых композитных реставраций представляет практический интерес [1].

Цель работы: обосновать выбор техники протравливания при применении универсальной адгезивной системы SingleBondUniversal на основании лабораторных исследований.

Материалы и методы. Для оценки адгезионной прочности универсальной адгезивной системы SingleBondUniversal методом сдвига были подготовлены 45 шлифов зубов. Дисковой алмазной пилой на уровне экватора зуба спиливали окклюзионную эмаль под водяным охлаждением. Заготовки обрабатывали шлифовальной бумагой из карбида кремния, затем высушивали фильтровальной бумагой и обрабатывали согласно выбранному протоколу. Шлиф зуба помещали в подготовленную форму и фиксировали в быстротвердеющую пластмассу без перекрытия эмали и дентина. За 24 часа перед проведением испытания все образцы были помещены в термостат на сутки при температуре 37 °С. Далее в зависимости от техники протравливания образцы были разделены на 3 группы по 15 зубов в каждой: группа А – протравочный гель 37% ортофосфорной кислоты наносили на эмаль в течение 20 сек и на дентин в течение 10 сек (техника тотального протравливания), группа В – протравочный гель наносили только на эмаль – 20 сек (техника селективного протравливания), группа С – протравочный гель не использовали (техника самопроравливания). Затем во всех группах образцов на эмаль и дентин наносили адгезив SingleBondUniversal втирающими движениями при помощи аппликатора 20 сек, 5 сек продували воздухом, засвечивали полимеризационной лампой в течение 10 сек. После отверждения адгезива на поверхности образцов устанавливали стальную разъемную цилиндрическую форму и послойно заполняли низкомодульным композитом «Filtek Ultimate Flowable» и пастообразным композитом «Filtek Ultimate». Слои полимеризовали в течение 20 сек. Высота пломбировочного столбика составляла 1,5 мм, диаметр 2.8-3.2 мм. Испытания адгезионной прочности на сдвиг подготовленных образцов проводили на испытательной машине ZwickRoell Z010. Адгезионную прочность рассчитывали по формуле в соответствии с ГОСТ Р 56924-2016 (п. 7.15) [2].

Для оценки толщины пленки адгезива на поверхности дентина и краевого прилегания универсальной адгезивной системы методом сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) на жевательной поверхности 45 интактных зубов были сформированы искусственные полости I класса в пределах дентина с помощью алмазного и твердосплавного шаровидных боров. В зависимости от техник

протравливания при проведении адгезивного протокола исследуемые образцы зубов также были разделены на 3 группы: группа А – техника тотального протравливания, группа В –техника селективного протравливания, группа С – техника самопроравливания. Пломбирование полостей проводили низкомодульным композитом «Filtek Ultimate Flowable» и пастообразным композитом «Filtek Ultimate» с полимеризацией слоев в течение 20 сек. Подготовленные образцы распиливали алмазной дисковой пилой с водяным охлаждением по центру пломбировочного материала вдоль оси зуба. С помощью метода холодной запрессовки получали эпоксидные заливочные компаунды. Полученные образцы шлифовали и полировали с помощью станка BETA/1 с автоматической насадкой VECTOR. Изучение образцов проводили с помощью электронного микроскопа TescanMira LMU в режиме высокого вакуума.

Результаты. Сила адгезионной связи универсальной адгезивной системы SingleBondUniversal составила при применении в технике тотального протравливания (группа А) – 15.06 МПа, в технике селективного протравливания (группа В) – 19.74 МПа, в технике самопроравливания (группа С) - 17.9 МПа [3].

При изучении гибридного слоя с помощью СЭМ измеряли толщину пленки адгезива. Толщина пленки адгезива на поверхности дентина для группы А составила 5.0 ±1.9 мкм, для группы В – 5.3 ±1.6 мкм, для группы С – 5.1±1.5 мкм. Статистически значимых различий между группами не обнаружено ($p>0,05$). Нарушений краевого прилегания при использовании SingleBondUniversal во всех техниках протравливания не выявлено.

Выводы. Применение универсальной адгезивной системы SingleBondUniversal позволяет обеспечить максимально высокую адгезионную прочность к твердым тканям зуба в технике селективного протравливания. По данным СЭМ универсальная адгезивная система имеет плотное краевое прилегание к твердым тканям зуба и достаточную толщину адгезивного слоя вне зависимости от техники протравливания. Таким образом, проведенные нами лабораторные исследования позволяют рекомендовать применение универсальной адгезивной системы SingleBondUniversal при лечении кариеса зубов во всех техниках протравливания.

Литература

1. Крихели Н.И. Адгезивные системы: от техники тотального протравливания к универсальным адгезивам (обзор) / Н.И. Крихели, М.Н. Бычкова, Е.В. Саврасова // Клиническая стоматология. – Москва, 2022. –Т. 25. – №2. – С. 6-11
2. ГОСТ Р 56924-2016. Стоматология. Материалы полимерные восстановительные. – Введ. 23.05.2016. – Москва: Стандартинформ, 2016. – с. 30
3. Крихели Н.И. Сравнительная оценка адгезионной прочности методом сдвига универсальной адгезивной системы в различных техниках протравливания и адгезивной системы тотального протравливания / Н.И. Крихели, М.Н. Бычкова, Е.В. Саврасова // Стоматология. – 2022. – Т. – 101. – №3. – С. 7‑ 11
4. Крихели Н.И. Оценка соединения универсальной адгезивной системы с твердыми тканями зуба методом сканирующей электронной микроскопии / Н.И. Крихели, М.Н. Бычкова, Е.В. Саврасова // Российская стоматология. – Москва, 2020. –Т. 13. – №3. – С. 27

Методы очистки и дезинфекции съемных протезов

Серебров К.Д.

Ординатор
Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Российский университет дружбы народов
Москва, Российская Федерация
E-mail: k.serebrov@mail.ru

Актуальность**:** В последние голы наблюдается тенденция к увеличению людей, использующих съемные протезы. Однако не все пациенты знают, как правильно ухаживать за съемными протезами. Вследствие этого увеличивается риск развития воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта [1,2]. Целью исследования явилось изучение состояния вопроса о методах и средствах гигиены съемных протезов. Материалы и методы: Поиск проведен по базам: Scopus, Pubmed, Web of science, Elibrary, disserCat. После изучения 218 статей по данной тематике было отобрано 30 статей которые соответствовали критериям поиска: Съемные протезы, микробиота полости рта пациентов со съемными протезами, гигиена съемных протезов, воспаление слизистой рта, протезные стоматиты, методы гигиенической обработки съёмных протезов.

Результаты: В 4 статьях (12%) речь шла об использовании зубных щеток и паст [2]. В 18 статьях (58%) исследованы результаты использования специальных химических растворов для дезинфекции протезов. В 6 (20%) источниках освещено использование специальных аппаратов для очистки и дезинфекции протезов. В 3 статьях (10%) описаны методы использования антибактериального покрытия для профилактики воспалительных заболеваний у лиц, использующих съемные протезы.

Вывод: на данный момент существует множество методов для очистки и дезинфекции съемных протезов. Зачастую разные авторы имеют диаметрально противоположные мнения на эффективность тех или иных методов дезинфекции протезов, поэтому данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Современные методы профилактики стоматологических заболеваний / С. Н. Разумова, А. С. Браго, Л. М. Хасханова [и др.] // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 3. – № 24(361). – С. 69-70.
2. Александров М.Т., Олесова В.Н., Дмитриева Е.Ф., Намиот Е.Д., Артемова О.А., Ахмедов А.Н., Разумова С.Н. Проблемные вопросы оценки гигиенического состояния полости рта и их клиническое решение. Стоматология. 2020;99(4):21-26.
3. Изучение влияния применения жесткой щетки с пастой высокой степени абразивности по данным профилометрии / С. Н. Разумова, Ю. С. Козлова, А. С. Браго [и др.] // Медицинский алфавит. – 2021. – № 38. – С. 41-44. – DOI 10.33667/2078-5631-2021-38-41-44.

Применение запатентованной методики проведения открытого синус-лифтинга при перфорациях слизистой верхнечелюстной пазухи

Скакунов Я.И.[1], Редько Н.А.[2]

[1]Аспирант
[2]Ассистент
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России
кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии
Москва, Российская Федерация
E–mail: dr.skakunov@mail.ru

Введение

На сегодняшний день по данным ВОЗ число людей с полным отсутствием зубов составляет более 8% человек по всему миру [1]. Утрата зубов вследствие осложнений лечения кариеса, хронического пародонтита и травм приводит к атрофии альвеолярного отростка и мягких тканей в данной области, что в свою очередь затрудняет реабилитацию пациентов. По данным литературы в первый год после удаления зуба, объем костной ткани альвеолярного гребня уменьшается на 40-60%, что значительно затрудняет последующую ортопедическую реабилитацию пациентов [2].

В настоящее время “золотым стандартом” увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в дистальном отделе является операция синус-лифтинг [3]. Однако по данным литературы при ее выполнении в 7 - 23% случаев встречается перфорация мембраны Шнайдера, что при тотальных перфорациях приводит к завершению операции с ушиванием операционной раны [4,5].

В нашей стране при возникновении перфорации во время проведения открытого синус-лифтинга завершают операцию. Данное интраоперационное осложнение является абсолютным показанием к завершению манипуляции. Прекращение в данном случае операции позволяет минимизировать возможные гнойно-воспалительные осложнения.

На сегодняшний день существует много различных альтернативных методик по продолжению операции открытый синус-лифтинг при перфорации мембраны Шнайдера с использованием ряда хирургических техник, однако на сегодняшний день их эффективность не однозначна, а техника сложно выполнима [6,7].

В данном исследовании проведенном в клиническом центре ЧЛПХ и С А.И. Евдокимова представлена инновационная методика закрытия тотальных перфорация мембраны Шнайдера при открытом синус-лифтинге с помощью применения конвертной методики.

Цель исследования

Проведение комплексной реабилитации пациентов с выраженной атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти.

Материал и методы

Результаты рентгенологических методов исследования (КЛКТ); “конверт”.

Результаты

После комплексного обследования пациентам была проведена операция в объеме: двусторонний открытый синус-лифтинг – с созданием латерального окна, с использованием ксеноматериала, коллагеновой мембраны и эмальматричных протеинов.

Интраоперационно у 8 пациентов (29,6%), не имеющих в анамнезе вмешательства на ВЧП, возникло осложнение - перфорация мембраны Шнайдера на всем протяжении дна пазухи (тотальная перфорация), в то время как у пациентов, в анамнезе с ранее проведенными операциями на ВЧП данное осложнение встретилось у 19 пациентов (70,4%). При возникновении тотальной перфорации и для завершения операции на кафедре ЧЛ и ПХ МГМСУ имени А.И. Евдокимова нами был предложен способ и

запатентована “конвертная методика”. В результате проведения лечения по запатентованной “конвертной методике” с применением эмальматричных протеинов, отмечается возможность проведения установки дентальных имплантатов в оптимально правильном положении относительно планируемой ортопедической конструкции и объема костной ткани. В рамках исследования было установлено 292 дентальных имплантата.

Заключение

Проведение синус-лифтинга с использованием эмальматричных протеинов позволяет добиться ангиоматоза в зоне проводимого оперативного вмешательства, а использование конвертной методики позволяет продолжить операцию при тотальной перфорации мембраны Шнайдера. Разработанный способ применения «конвертной методики» при применении синус-лифтинга при тотальной перфорации мембраны Шнайдера является атраматичным, безопасным для пациента, технологичным. По данным гистологического наблюдения, проведенного в рамках клинического исследования, можно сделать вывод, что зона, где использовали эмальматричные протеины и способ «конвертной методики», имеют большое количество губчатой кости, а также “хорошую” васкуляризацию, что может свидетельствовать об активном процессе остеогенеза. Исходя из полученных данных и клинических наблюдений, данную методику можно рекомендовать для широкого применения при проведении открытого синус-лифтинга.

Литература

1. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Дробышев А. Ю., Янушевич О. О. Челюстно-лицевая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 880 с.
3. Панин А.М., Цициашвили А.М. Установка дентальных имплантатов в дистальном отделе верхней челюсти после проведения костной пластики методикой ротации костного лоскута. Dental Forum Научно-практический журнал «Форум стоматологии» №2 2017
4. Бакотина А.В., Вишняков В.В., Панин А.М. Проблема возникновения верхнечелюстных синуситов после синуслифтинга и дентальной имплантации (обзор литературы) // Российская ринология, 2016.-N 2.-С.46-49
5. Овчинников А.Ю., Панин А.М., Вишняков В.В. Постимплантационный верхнечелюстной синусит: профилактика и диагностика. – Российская стоматология. 2021. Т.20. № 1(110). С.18-22.
6. Скакунов Я.И., Ваулина Д.С., Редько Н.А., Дробышев А.Ю. Синус-лифтинг как способ увеличения объема костной ткани в дистальных отделах верхней челюсти в предимплантационом периоде. – Российская стоматология. – 2020. Т. 14. № 3. С. 48-50
7. Дубова Л.В., Баринов Е.Х., Манин О.И., Манина Е.И. Дифференциальная диагностика общесоматических заболеваний от гальванических процессов, вызванных разнородными сплавами. Медицинская экспертиза и право. 2016. №2. С. 37-39.
8. Патент РФ № 2742190, 03.02.2021. Дробышев А.Ю., Скакунов Я.И., Редько Н.А. Способ открытого синус-лифтинга для дентальной имплантации // Патент России № 2020132157.2020
9. Патент № RU 2695768, 25.07.2019. Ушаков Рафаэль Васильевич, Ушаков Алексей Рафаэлевич, Локтев Дмитрий Александрович. Способ лечения перфораций слизистой оболочки верхнечелюстного синуса при операции синуслифтинга // Патент России № 2018122301.2019

Вирусный фактор в развитии слюннокаменной болезни

Слижикова Е.Ю.

Аспирант
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургической стоматологии
Минск, Республика Беларусь
E–mail: slizhkot@gmail.com

Актуальность. Патология слюнных желез (СЖ) из общего числа стоматологических заболеваний констатируется относительно редко. При этом следует отметить, что многие заболевания СЖ плохо поддаются лечению и очень мучительны для пациентов. Это характерно как для реактивно-дистрофических заболеваний СЖ (сиалозов), так и для сиалоаденопатий, развивающихся после комбинированного лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны [1]. Не меньше сложностей вызывают воспалительная патология СЖ и слюннокаменная болезнь (СКБ), или сиалолитиаз [4]. Распространенность неопухолевых заболеваний больших слюнных желез (БСЖ) составляет 24,0% от общего числа всей стоматологической патологии [2]. СКБ представляет собой наиболее распространенную патологию из всех заболеваний БСЖ, на ее долю приходится 50,0% от всей патологии слюнных желез [5]. В специальной литературе присутствуют данные о том, что указанный показатель в отдельных регионах достигает 80,0% [3]. Несмотря на большое число исследований, посвященных вопросам диагностики СКБ и наличию признаков характерной клинической картины, число диагностических ошибок достаточно велико. Это, в свою очередь, является причиной определения неадекватного подхода к лечению и реабилитации пациентов данной категории, что часто приводит к переходу воспалительного процесса в хроническую фазу течения и увеличению числа осложнений. До настоящего времени остается открытым вопрос этиологии сиалолитов. Точный механизм их образования до сих пор дискутируется специалистами. При этом определено, что этиологические факторы могут быть связаны как с качественным, так и с количественным составом слюны, включая другие факторы, такие как травма слюнных протоков или желез и осаждение солей, связанных с некоторыми органическими веществами, составом и количественными показателями ротовой жидкости (РЖ). Существует теория, утверждающая, что ретроградная инфекция может объяснить сиалолитиаз остатками пищи, веществами или бактериями, которые могут мигрировать в слюнные протоки, становясь нишей для дальнейшего обызвествления. В свою очередь, сиалодениты вирусной этиологии, помимо вируса паротита, могут быть вызваны герпесвирусами (цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр), энтеровирусами (вирус Коксаки), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусами гриппа, парагриппа, аденовирусами. В связи с этим высока роль специфических лабораторных исследований в установлении истинных причин сиалоаденита.

Цель исследования – диагностика вирусного фактора в развитии слюнно-каменной болезни, выявленных в Республике Беларусь в период 2019-2022 гг.

Объекты и методы. В исследовании участвовали 22 пациента с диагнозом слюнно-каменной болезни в стадии обострения. От каждого из них был исследован носоглоточный мазок, и от 10 также образец слюны. Исследование выполнено с соблюдением всех правил медицинской этики. Обследование проводили пациентам с верифицированным диагнозом: СКБ подчелюстной слюнной железы, по поводу которого им было проведено хирургическое лечение - удаление конкремента из слюнной железы или протока. Для выделения нуклеиновой кислоты из мазка слюны использовали

набор АртРНК (АртБиоТех). РНК вируса паротита и энтеровируса в образцах выявляли методом ОТ-ПЦР в реальном времени с использованием разработанных нами методик. ДНК или РНК вирусов Эпштейна-Барр, парагриппа серотипов 1-4, цитомегало-, бока-, метапневмо-, рино-, аденовирусов выявляли методом ПЦР / ОТ-ПЦР в реальном времени с использованием наборов: ЭБАРПОЛ (Литех), «АмплиСенс CMV-FL» (АмплиСенс), ОРВИ-ген (РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, Беларусь). С целью генотипирования фрагмент SH-гена вируса паротита амплифицировали методом гнездовой полимеразной цепной реакции (ПЦР) со специфическими праймерами согласно описанному протоколу. Полученные ПЦР продукты вырезали из геля и секвенировали с использованием набора BigDyeTerminatorv.3.1 Cycle Sequencing kit (AppliedBiosystems) на капиллярном секвенаторе 3500 (Applied Biosystems). Нуклеотидные последовательности анализировали с помощью программ SeqScape и MEGA 6.0.

Результаты. При обследовании 22 пациентов с обострением хронического сиаладенита у 4 (18,2%) был обнаружен генетический материал вируса Эпштейна-Барр. У одного пациента вирусная ДНК выявлялась как в носоглоточном смыве, так и в ротовой жидкости (РЖ), у одного – только в носоглоточном смыве и у двух – только в РЖ, что подчеркивает важность выбора биологического материала и правильности проведения его сбора для получения оптимального результата исследования. В одном из этих образцов слюны наряду с ДНК вируса Эпштейна-Барр также присутствовала и ДНК цитомегаловируса. Сравнение показателей ΔCt, полученных при детекции этих возбудителей методом ПЦР в режиме реального времени, показало, что содержание в образце вируса Эпштейна-Барр было выше, чем цитомегаловируса (ΔCt 27,09 против ΔCt 34,28).

Вывод. Анализ полученных результатов позволяет заключить следующее: полученные данные подтверждают спорадический характер заболеваемости эпидемическим паротитом и возможную роль вируса Эпштейна-Барр, цитомегаловируса, энтеровируса в развитии как острого сиалоденита, так и обострения слюнно-каменной болезни. Для подтверждения диагноза эпидемического паротита в настоящее время серологическое обследование является недостаточным и должно быть дополнено молекулярно-генетическими данными.

Литература

1. Лечение реактивно-деструктивных заболеваний слюнных желез у людей старших возрастных групп / А. К. Иорданишвили [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. – Т. 49, № 1. – С. 43–47.
2. Магнитно-резонансная сиалография – альтернативный метод исследования заболеваний околоушных слюнных желез / Б. А. Арутюнян [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т. 14, № 1. – С. 100–103.
3. Эффективность методов исследования УЗИ и КТ при диагностике слюннокаменной болезни. Консервативные методы лечения слюннокаменной болезни как альтернатива хирургическому вмешательству / Л. А. Зюлькина [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14, № 4. – С. 58–63.
4. Contemporary review of submandibular gland sialolithiasis and surgical management options / I. Badash [et al.] // Cureus. – 2022. – Vol. 14, N 8. – P. e28147.
5. Submandibular sialolithiasis: report of six cases / V. E. Kuruvila [et al.] // J. Pharm. Bioallied. Sci. – 2013. – Vol. 5. – P. 240–242.

Влияние функциональной миофренулопластики языка на течение синдрома обструктивного апноэ сна у взрослых

Смолянина Ю.А.

Аспирант
ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов»
Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Москва, Российская Федерация
E-mail: ulkazol@mail.ru

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) является опасным распространенным заболеванием и характеризуется обструкцией верхних дыхательных путей языком и другими мягкими тканями носоглотки и глотки в фазе глубокого сна. Замечено, что заболеваемость с течением времени растет в популяции и встречается всё чаще у молодых людей трудоспособного возраста. Частые остановки дыхания влекут за собой нарушение газового состава крови, метаболизма и ведут к серьезным изменениям в организме. Ранними признаками СОАС являются храп, дневная сонливость, снижение работоспособности. Для жизни опасны поздние проявления апноэ, такие как инсульт, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, сахарный диабет, онкологические заболевания [1,2].

Учитывая смертельную опасность СОАС, необходимо найти эффективный метод лечения ночного апноэ. Существует множество методов лечения синдрома обструктивного апноэ сна, начиная со специальных упражнений по укреплению мышц мягкого неба и языка, и до сложнейших операций на челюстях, лор-органах и мягких тканях глотки. В настоящее время «золотым стандартом» лечения СОАС считается СИПАП-терапия, при которой через лицевую маску компрессором нагнетается увлажненный воздух в дыхательные пути пациента. Это эффективный метод лечения, который практически на 100% избавляет человека от апноэ и храпа, но пациент вынужден спать с аппаратом всю жизнь, что неизбежно связано с постоянными затратами и снижением качества жизни. До сих пор не найден метод лечения апноэ, который был бы доступным, быстрым и эффективным.

В нашем исследовании мы выявили связь синдрома обструктивного апноэ сна с анкилоглоссией, разработали и применили метод функциональной миофренулопластики языка у взрослых с диагностированным (посредством полисомнографии или кардио-респираторного мониторирования) синдромом обструктивного апноэ сна. Нашей задачей является изучение эффекта операции на течение синдрома обструктивного апноэ сна и определение показаний к функциональной миофренулопластике языка у пациентов с СОАС.

Проведенное исследование показывает, что функциональная миофренулопластика языка положительно влияет на здоровье пациентов с СОАС и нуждается в дальнейшем исследовании с целью повышения уровня здоровья населения в ближайшее время.

Литература

1. Бузунов Р. В. Как лечить храп и синдром обструктивного апноэ сна. М.: ТЕИС, 2019.
2. Сомнология и медицина сна. Национальное руководство памяти А. М. Вейна и Я. И. Левина / Ред. М. Г. Полуэктов. М.: «Медфорум», 2016. - 664 с.

Совершенствование ретенционных термопластических капп с использованием наноматериалов

Фидарова К.Б.

Аспирант
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
кафедра хирургии полости рта с/ф
Москва, Российская Федерация
kate.kate.08@list.ru

Как известно, ретенционный период является важнейшим этапом ортодонтического лечения. По данным Littlewood S.T., Millett D.T. et al. (2006) после проведенного ортодонтического лечения у 18,9% взрослых и 36,8% детей развивается рецидив [1].

Оспановой Г.Б. и др. (1997) рекомендованы схемы эксплуатации ретенционных аппаратов, капп, в которых важным является то, что необходимо обязательное использование первые 3-6 месяцев – 24 часа в сутки, последующие 6 месяцев через ночь и затем 1 раз в неделю [2]. Длительность ретенционного периода обуславливает высокие стандарты изготовления и модификации аппаратов [3].

Современные ретенционные аппараты изготавливают преимущественно из термопластических материалов методом штамповки [4]. Следует подчеркнуть, назубная каппа является своеобразным резервуаром для микроорганизмов и существует ряд факторов, усугубляющих степень экспозиции бактерий на поверхности капп, такие как: временная дезадапатация в проведении удовлетворительной гигиены полости рта, продолжительность ретенционого периода, отсутствие полноценного контакта с ротовой жидкостью и другие [5,6].

Цель исследования. Совершенствование назубных ретенционных капп для пациентов стоматологического профиля.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 человека, которые были разделены на две группы: опытную и контрольную. Были определены следующие критерии включения: пациенты обоих полов, разных возрастных групп (18-21, 21-33, 33-55), пациенты, завершившие активный этап ортодонтического лечения на металлической брекет системе, добровольное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии невключения: соматические заболевания в стадии декомпенсации, врожденные пороки ЧЛО, беременность, период лактации, пациенты младше 18 лет и старше 55 лет. Критерии исключения: письменный отказ пациента от участия в исследования. После активного этапа лечения пациентам опытной группы были предложены каппы, импрегнированные наночастицами диоксида церия, а пациентам контрольной группы – стандартные каппы. Также было проведено микробиологическое исследование с использованием биопленки: посев биопленки на каппы после изготовления образцов диаметром 5 мм и толщиной 1 мм, предварительного их полирования, обработки и помещения в стерильные чашки Петри непосредственно перед началом эксперимента. Далее образцы помещали в пробирку со средой АС, содержащей бактерии определенных штаммов биопленки в известной концентрации (108 кое/мл).

Результаты. В результате лабораторных исследований доказано, что на поверхности каппы, импрегнированной нанодисперсным диоксидом церия, наблюдается значительное снижение уровня экспозиции бактерий по сравнению со стандартной термопластической каппой. Клинические исследования продемонстрировали высокие физические свойства капп, гипоаллергенность и отсутствие побочных эффектов.

Выводы. Термопластические назубные каппы, импрегнированные нанодисперсным диоксидом церия, являются перспективными ретенционными аппаратами и имеют ряд

преимуществ. Интеграция нанодисперсного диоксида церия в ортодонтические аппараты может быть многообещающей с точки зрения антибактериальной активности.

Литература

1. Littlewood S.J., Millett D.T., Doubleday B., Bearn D.R., Worthington H.V. Orthodontic retention: a systematic review. // J Orthod. - 2006. - 33(3). – P. 205-212. doi: 10.1179/146531205225021624.
2. Оспанова Г.Б., Хазина Е.В., Белокурова Е.О. Применение ретенционных аппаратов в ортодонтической клинике. // Клиническая стоматология. - 1997. - № 4. - С. 32.
3. Базикян Э.А., Гиоева Ю.А., Селезнев Д.А. Конструктивные особенности и модификации ортодонтических позиционеров // Ортодонтия. - 2009. - № 3 (47). - С. 60-62.
4. Фидарова К.Б., Базикян Э.А., Чунихин А.А., Клиновская А.С. Изучение свойств назубных капп из различных термопластических материалов. // Российская стоматология. - 2022. - Т. 15. - № 3. - С. 73-75.
5. Лабис В.В., Базикян Э.А., Козлов И.Г. Бактериальный фактор как участник инфекционно-воспалительного процесса в полости рта. // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 4. - С. 19-21.
6. Базикян, Э.А., Селезнев Д.А. Историческое развитие представлений о возможностях применения съемных аппаратов для лечения зубочелюстных аномалий // Медицина критических состояний. – 2008. – Т. 4. – № 4. – С. 8-10.

Интегральная оценка лейкоцитарных индексов при фурункулах челюстно-лицевой области

Флерьянович М.С.

Аспирант
Учреждение образования «Витебский государственный медицинский университет»
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии с курсом ФПК и ПК
Витебск, Беларусь
E-mail: mariya.krupchenko@mail.ru

Актуальность. Фурункулы челюстно-лицевой области среди инфекционно-воспалительных заболеваний занимают особое место, что связано с высокой частотой развития тяжелых осложнений. Риск развития тромбофлебита лицевых вен и тромбоза кавернозного синуса определяется не только близостью жизненно важных органов [4], но и присутствующей у пациентов эндогенной интоксикации, уровень и динамику которой отражают интегральные индексы интоксикации. Кроме того, индексы интоксикации позволяют оценить тяжесть течения инфекционно-воспалительного процесса, установить уровень резистентности организма, а также определить эффективность выбранного лечения [3].

Цель работы – определить наиболее информативные лейкоцитарные индексы интоксикации для пациентов с фурункулом челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. На основании результатов общего анализа крови (ОАК) 92 пациентов с диагнозом фурункул челюстно-лицевой области рассчитывали следующие интегральные индексы: лейкоцитарный индекс интоксикации в модификации В. К. Островского (ЛИИО), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), ядерный индекс (ЯИ) Г. А. Даштаянца, индекс лимфоцитарно-гранулоцитарный (ИЛГ) [2]. Для определения показателей нормы была обследована группа практически здоровых лиц (n=20). Сформированные группы были репрезентативны и сопоставимы между собой по возрасту и полу. Для дополнительной характеристики индексов определяли их чувствительность и специфичность.

Полученные результаты данных обрабатывались на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0» и «Exel». Проводили расчет медианы (Me), 25 % (LQ) и 75 % (UQ). Анализ статистической значимости различий между зависимыми группами осуществляли с применением крититерия Манна-Уитни (U-test) [1].

Результаты. Медиана ЛИИО составила 2,57 (1,94-3,76) и характеризовалась достоверным увеличением значения в сравнении с установленной нормой (U=205,0; p=0,0). Медиана ИСЛК равнялась 2,85 (2,17-4,0), что достоверно превышало нормальные значения по критерию Манна-Уитни (U=252,0; p=0,0). Медиана ЯИ составила 0,04 (0,02-0,05), при этом отсутствовали достоверные изменени в сравнении с нормой (U=740,5; p=0,61). Медиана ИЛГ равнялась 2,96 (1,98-3,85) и при сопоставлении с нормальными значениями не демонстрировала достоверных различий (U=705,5; p=0,42).

При изучении чувствительности лейкоцитарных индексов у пациентов с фурункулом челюстно-лицевой области установлено, что для ЛИИО она составила 73,8%, для ИСЛК – 77,5%, для ЯИ – 21,3%, для ИЛГ – 46,3%. Специфичность изучаемых индексов была следующей: ЛИИО – 90,0%, ИСЛК – 85,0%, ЯИ – 70,0%, ИЛГ – 75,0%.

Вывод. Достоверное изменение интегральных лейкоцитарных индексов ИСЛК и ЛИИО отражает развитие и динамику инфекционно-воспалительного процесса у пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области, что свидетельствует о наличие эндогенной интоксикации в организме и может способствовать распространению

патологического процесса, развитию тяжелых осложнений. Кроме того, делает возможным рекомендовать для прогнозирования течения заболевания и для оценки эффективности проводимых послеоперационных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Герасимов, А. Н. Параметрические и непараметрические методы в медицинской статистике / А. Н. Герасимов, Н. И. Морозова // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2015. – Т. 14, № 5. – С. 6–12.
2. Камышников, В. С. Клиническая и лабораторная диагностика / В. С. Камышников. – М. : Изд-во «МЕДпресс», 2017. – 720 с.
3. Перминов, А.Б. Динамика показателей интоксикации, оценок тяжести общего состояния и симптомов, качества жизни у пациентов с острым гнойным риносинуситом в ходе лечения / А.Б. Перминов, А.Р. Сакович // Воен. медицина. – 2019. – № 4. – С. 25–30.
4. Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология : учебник; под ред. Т. Г. Робустовой. – М. : Медицина, 2010. – 688 с

Оценка морфофункционального состояния зубочелюстной системы у детей с дистальной окклюзией по данным методов ультразвуковой диагностики

Фокина А.А., Врачева Д.Н.

аспиранты кафедры ортодонтии
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России
Москва, Российская Федерация
E-mail: fokina.aleksandra@yandex.ru, agafonovadaria95@yandex.ru

Актуальность. Одним из важных факторов, определяющих формирование зубочелюстной системы (ЗЧС), является функциональное состояние жевательных мышц (ЖМ), а особенности морфологических изменений в альвеолярной кости (АК) при ортодонтическом лечении влияют на его качество и длительность. У пациентов с дистальной окклюзией при ортодонтическом лечении происходят адаптационные изменения в жевательных мышцах и альвеолярной кости. Наиболее распространенными методами диагностики морфофункционального состоянии ЗЧС являются: лучевые (КЛКТ, МСКТ, рентгеновская денситометрия) и функциональные (электромиография, миотонометрия, методы ультразвуковых исследований (УЗИ)). УЗИ является наиболее физиологичным среди других методов визуализации [1]. Этот метод высокоинформативен, эргономичен, не имеет возрастных ограничений для использования, что делает возможным его применение в ортодонтии для проведения диагностики и мониторинга изменений в динамике ортодонтического лечения у кресла пациента.

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики морфофункционального состояния жевательных мышц и альвеолярной кости на основании применения современных методов ультразвуковой диагностики.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 55 пациентов обоего пола в возрасте 9-12 лет, из них 30 пациентов с дистальной окклюзией (ДО) и 25 – с нормальной окклюзией (НО). Каждому обследованному было проведено УЗИ жевательных мышц (m. masseter) в состоянии относительного физиологического покоя (ФП) и при функциональной пробе «максимальное волевое смыкание зубных рядов» (МВС) для оценки толщины и эхоструктуры ЖМ по серой шкале эхогенности в соответствии с авторскими методиками анализа ультрасонограмм [2,3]. Выполнили измерение скорости прохождения ультразвука (СУЗ) через альвеолярную кость в межальвеолярных перегородках на уровне пришеечной трети корней зубов: 1.6/1.5, 1.2/1.1, 2.1/2.2, 2.5/2.6, 3.5/3.6, 3.1/3.2, 4.1/4.2, 4.5/4.6. УЗИ ЖМ проводили с применением ультразвукового сканера LogicScan 128 линейным датчиком HL9.0/60/128Z. Обработку полученных изображений проводили в оригинальном программном обеспечении (ПО) «ProMVision». Исследование АК проводили с использованием аппарата УЗ денситометрии «ВУД 01.00.22» с оригинальным ПО «Pro-VUD». Статистическую обработку полученных данных проводили с применением методов дескриптивной статистики, t-критерия Стьюдента в программном обеспечении «STATISTICA 12».

Результаты исследования. Средний возраст обследуемых лиц составил 10,5±1,5 лет. По данным УЗИ различия между изученными показателями толщины и эхоструктуры ЖМ у всех обследованных лиц справа и слева были статистически не значимы ($p>0,05$). У пациентов с ДО толщина ЖМ превалировала по сравнению с обследованными с НО как при ФП, так и при пробе МВС (14,7±1,2, 16,4±1,5 мм и 12,6±1,6, 14,5±1,3 мм соответственно). Анализируя данные эхоструктуры ЖМ, статистически значимые различия ($p<0,05$) среди пациентов с ДО и НО отмечались при

ФП в анэхогенной и в зоне повышенной эхогенности, а также при МВС в анэхогенной зоне. Регистрация СУЗ через АК у обследованных с пациентов с ДО и с НО в различных анатомо-функциональных зонах выявила статистически значимые различия ($p<0,05$) плотности костной ткани челюстей и показала, что максимальная плотность АК у лиц с ДО определялась во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти слева (2256±8, 2522±12 м/с соответственно), минимальная плотность – в боковом отделе верхней и нижней челюсти справа (1501±11, 2522±12 м/с соответственно). У лиц с НО наибольшие значения определялись во фронтальном отделе нижней челюсти (2148±9, 2664±10 м/с), наименьшие – в боковых отделах верхней челюсти справа и слева (1421±13, 1400±15 м/с соответственно).

Выводы. Проанализировано и изучено морфофункциональное состояние жевательных мышц и плотности альвеолярной кости у лиц с дистальной и нормальной окклюзией современными методами УЗИ диагностики. Выявлены различия в толщине и эхоструктуре жевательных мышц и исследованных анатомо-функциональных зонах у лиц с дистальной и нормальной окклюзией. Разработаны карты эхоструктуры жевательных мышц и ультразвуковой плотности альвеолярной кости, которые могут дополнить протокол стоматологического обследования пациента.

Литература

1. Дворяковский И.В. Ультразвуковая анатомия здорового ребенка. М.: Фирма СТРОМ; 2009. 384 – с.
2. Текучева С.В., Ермольев С.Н., Зайлер А.С., Персин Л.С., Янушевич О.О., Постников М.А./ Ультразвуковая оценка жевательных мышц при различных типах роста лицевого черепа. Стоматология Том 100 3.2021-С 72-81
3. Miyatani M, Kanehisa H, Ito M, Kawakami Y, Fukunaga T. The accuracy of volume estimates using ultrasound muscle thickness measurements in different muscle groups. Eur J Appl Physiol. 2004;91:264-272.

Современные средства визуализации начальных форм кариеса зубов

Хорошева А.М.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E–mail: alisa.xorosheva@bk.ru

Актуальность

Кариес зубов в настоящее время является распространенным заболеванием. Имеются многочисленные данные о том, что в экономически развитых странах пораженность населения достигает 95-98%. [1]. Диагностика ранних форм развития патологии твердых тканей зубов является важным фактором в своевременном лечении стоматологических заболеваний. Инновационные методы диагностики, применяемые в клинической практике врача-стоматолога, позволяют снизить фактор позднего выявления неосложненных и осложненных форм кариеса.[2,3] В настоящее время наиболее применяемыми дополнительными методами визуальной диагностики кариеса зубов являются лазерная и световая флуоресценция.[5,6]

Цель исследования: сравнение результатов диагностики скрытого кариеса зубов с использованием методов стандартного инструментального исследования и световой флуоресценции.

Материалы и методы: на клинической базе кафедры стоматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» в 2023гг. было обследовано 100 человек в возрасте от 20 до 30 лет.

У всех, включенных в исследование, проводили изучение состояния твердых тканей с применением стоматологического зонда и с помощью камеры “Soprolife” для выявления скрытых форм кариеса. Принцип работы “Soprolife” основан на изменении интенсивности свечения интактных и кариозных поверхностей зубов при воздействии УФ - лучей с последующей трансформацией в видимый свет.

В этиологии кариеса основная роль принадлежит микрофлоре, в результате деятельности которой выделяются продукты жизнедеятельности (порфирины), воздействие света с длиной волны 450 нм. на поверхность зуба дает изменение флуоресценции, что позволяет диагностировать на начальные этапах кариозные поражения. Кроме того, призменное строение эмали способствует глубокому проникновению лучей и обеспечивает выявление скрытых патологических очагов.

Обследованным заполняли зубную формулу, вычисляли индекс интенсивности кариеса стандартным методом ($КПУ_{1)}$ и по итогам флуоресценции ($КПУ_{2)}$. Анализ результатов осуществляли с применением статистических методов.

Результаты: При стандартном осмотре методом зондирования индекс интенсивности кариеса $КПУ_1$ составил 10,1 ± 0,05, при диагностике с помощью световой флуоресценцией наблюдали увеличение индекса $КПУ_2$ до 13,2 ± 0,05 за счет обнаружения кариозных полостей, в том числе на контактных поверхностях зубов. Применение флуоресценции обеспечивало возможность выявления скрытого кариеса в 1,3 раз эффективнее по сравнению с методом зондирования. Исследование тканей зуба с помощью флуоресценции позволило дифференцировать глубину патологических изменений тканей зуба, хотя при визуальном осмотре и зондировании нарушение целостности эмали не регистрировали.

Вывод: применение метода световой флуоресценции для диагностики начальных форм кариеса позволило в 1,3 раза эффективнее выявлять изменения в структуре твердых тканей зуба и глубину поражения.

Литература

1. Симонова М.В., Гринин В.М., Насонова В.А., Робустова Т. Г. “Клинические факторы, влияющие на интенсивность кариеса зубов у больных ревматическими заболеваниями” // Стоматология. – 2002. - №2, Т.81. – С.15-19

2. Сафонова Ю. С. Методы клинической и доклинической диагностики поражений твердых тканей зубов // Новости стоматологии. – 2009. №2. С. 59-62

3. Редуто К.В., Казеко Л.А. “Оптические методы исследований в стоматологии” // 2013.

4. Шабанов А.Н. Справочник фельдшера. М.: “Медицина”, 1976. 487 с.

5. Allen E, da Mata C&^ McKenna G^ Burke F Minimal intervention dentistry and older patients. Part 1% Risk assessment and caries prevention // Dent Update. 2014. Vol. 41. P. 406-408

6. Bennett T. Amaechi Emerging technologies for diagnosis of dental caries: The road so far // Journal of dentistry 2006. Vol. 34. P. 727-739

Применение дентального наконечника с системой визуализации «ENDOHUB» в стоматологии

Чхеидзе С.Г.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ, Кафедра стоматологии
Москва, Российская Федерация
E-mail: sophachkheidze@yandex.ru

Актуальность. Специфика работы врача-стоматолога связана с необходимостью хорошей визуализацией рабочего поля для проведения качественного лечения. На данный момент на рынке представлено большое количество бинокуляров, микроскопов, интраоральных камер с функциями визуализации, сканирования и передачи данных, которые позволяют качественно изменять взгляд и подход специалиста к состоянию твердых тканей зуба, мягких тканей и костных структур полости рта. Однако, большинство из них требуют определенно организованного рабочего места, эргономически сложны и, как правило, производятся за рубежом [1,2,3].

Цель исследования - освоение мануального навыка препарирования полостей на искусственных зубах с помощью наконечника со встроенными интраоральными камерами.

Материалы и методы. Отечественная система «ENDOHUB» представляет собой слияние стоматологического наконечника и интраорального эндоскопа. Стерилизация наконечника осуществляется холодным методом. В результате применения разработанных технологий достигается возможность препарирования с увеличенным прямым доступом. Для подтверждения функциональности предложенной конструкции стоматологического наконечника в реальных условиях была проведена серия демонстраций и препарирований с использованием системы «ENDOHUB». В ходе исследования было использовано 15 искусственных зубов: 5 из них были отпрепарированы как полости I класса по классификации Блэка, 5 - с учетом полости II класса. Кроме того, было проведено препарирование 5 зубов, где моделировалась ситуация кариозной полости III класса по Блэку. В процессе эксперимента не применялись дополнительные меры для защиты оптической системы от зоны препарирования.

Результаты исследования показали, что при препарировании на искусственных зубах с использованием цифрового наконечника со встроенными камерами «ENDOHUB» при активной подаче охлаждающей воды и ее интенсивном разбрызгивании во время контакта с быстро вращающимися режущими инструментами, а также при отслаивании твердых частиц, оптическое окно инструмента не загрязняется. Благодаря этому, камера продолжает визуализировать рабочее поле на протяжении всего процесса выполнения манипуляций, обеспечивая препарирование с прямым доступом к рабочему полю. Отработан навык препарирования полостей различных классов по Блэку. Данная технология позволяет минимизировать площадь препарирования полостей, дает возможность удалять только инфицированные участки твердых тканей зубов, тем самым сохраняя функциональность зуба. Увеличенный в десятки раз обзор операционного поля помогает врачу использовать инструменты меньшего диаметра, проводить более точные манипуляции и придерживаться принципа биологической целесообразности обработки тканей зуба.

Выводы. Препарирование искусственных зубов с использованием системы дентального наконечника ENDOHUB позволяет врачу-стоматологу адекватно и

многократно визуализировать рабочее поле, отработать навык препарирования, выполнить точные и малоинвазивные вмешательства на твердых тканях зуба.

Литература

1. Patel M., Patel S., Bakutra H. et al. Comparative evaluation of intraoral camera and conventional methods in patient education // J Indian Prosthodont Soc. — 2020. — № 20 (2). — P. 202-207. doi:10.1007/s13191-020-00994-3.

2. Yıldırım G., Bayrak S., Güler B. Evaluation of intraoral cameras for communication with patients during dental treatment // J Clin Exp Dent. — 2021. — № 13 (4). — P. 326-333. doi:10.4317/jced.58916.

3. Plümer L., Lincke T., Arens D., König A. Intraoral cameras for communication with patients: a systematic review // Int J Comput Dent. — 2021. — № 24 (1). — P. 37-49.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
ВСЕРОССИЙСКой НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКой КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ISBN 978-5-6046704-3-9

Составители: **Вдовина** Ирина Владимировна
Хоммятов Марат Рифатович

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко д. 19, стр. 1А
тел + 7 (499) 140-20-78

Подписано в печать 30.05.2023
Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Times». Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии «ОТТИСК»
101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д.17, стр. № 1