



**УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ
КОНФЕРЕНЦИЙ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Москва

22 апреля 2025 г.

15 мая 2025 г.

**Москва
2025**

Составители:

Вдовина И. В., Хоммятов М. Р.

Рецензенты:

Разумова С. Н., заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний, заместитель директора по учебной работе медицинского института РУДН, доктор медицинских наук, профессор.

Вершинина М. Г., заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья, медицинского страхования и государственного контроля в сфере здравоохранения, доктор медицинских наук, доцент.

С 232

Сборник тезисов научно-практических конференций молодых ученых : тезисы докладов / Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; Научно-практическая конференция молодых ученых (г. Москва, 22 апреля 2025 г.); Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых с международным участием «Актуальные вопросы стоматологии» (г. Москва, 15 мая 2025 г.); сост. И. В. Вдовина, М. Р. Хоммятов. - М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2025. – 229 с.

ISBN 978-5-907826-20-5.

Аннотация

Данный сборник включает в себя тезисы докладов двух конференций молодых ученых: Научно-практическая конференция молодых ученых, 22 апреля 2025 г.; Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых с международным участием «Актуальные вопросы стоматологии», 15 мая 2025 г. В сборник включены работы молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» и других медицинских образовательных организаций высшего образования, дополнительного профессионального образования, научных организаций, учреждений здравоохранения России, Республики Беларусь, Узбекистана. Материалы конференций освещают современные проблемы в области диагностики и лечения внутренних болезней, оториноларингологии, анестезиологии и реаниматологии, урологии, дерматовенерологии, стоматологии, психиатрии, психотерапии, неврологии, акушерства и гинекологии и др.

Материалы конференции будут интересны для широкого круга медицинских специалистов.

Утверждено и рекомендовано к печати Ученым советом ФГБУ ДПО «ЦГМА» (протокол от 22.05.2025 № 3)

616.1/9+616.31
53/57+56.6

УДК
ББК

ISBN 978-5-907826-20-5

© Авторы, 2025.

© Составление. Вдовина И.В., Хоммятов М.Р., 2025.

© Оформление. ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2025.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Вересаева Е.А., Фельдман Д.М. Предисловие. К празднованию 80-летия Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.	9
Тезисы докладов Научно-практической конференции молодых ученых (22 апреля 2025).....	14
Ансимов М.А. Титова В.В. , Вдовина И.В. Астенический синдром: от соматических состояний к психическим расстройствам — данные клинико-статистического анализа.....	14
Бершина А.Н., Русецкий Ю.Ю. Пьезохирургия в ринологии: точность и безопасность ультразвукового скальпеля.....	16
Блохин Д.М. Клинический случай капиллярной гемангиомы полости носа	18
Бородаенко П.А., Князева Е.В., Игнатенко А.В., Чуркина С.О., Гажонова В.Е., Поткин С.Б., Зубарев А.В. Первый опыт применения эхоконтрастного препарата в диагностике нестабильных атеросклеротических бляшек.....	19
Бородаенко П.А., Поткин С.Б., Зубарев А.В. Современные ультразвуковые технологии: новые перспективы в исследовании кровоснабжения объемных образований почек	21
Бриль А.Д., Бояринцев В.В., Ардашев В.Н. Клиническая оценка многососудистых поражений коронарных артерий больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	23
Буланова М.И. Клинические особенности различных форм жировой болезни печени	25
Доценко А.А., Ардашев В.Н., Масленникова О.М., Исаева Т.В. Кардиocereбральные корреляции как предиктор нейропластичности при инсульте: разработка интегрального индекса оценки реабилитационного потенциала.....	27
Елумеева А.Н., Русецкий Ю.Ю. Хирургическая тактика при ятрогенных и резидуальных перфорациях перегородки носа. Подведение итогов работы.....	29
Ефремов А.А., Кардашян Р.А. Факторы, способствующие возобновлению симптомов первичных органических психических расстройств, возникших в детском возрасте.	31
Комар А.В., Мейтель И. Ю. Повреждение лицевого нерва при вмешательствах на среднем ухе	33
Кочергина М.С., Колпакова Т.Г., Самушия М.А. Преждевременная недостаточность яичников и коморбидные психические расстройства.....	35
Кочерева Е.Д., Самушия М.А., Титова В.В. Ожирение в детско-подростковом возрастном аспекте: коморбидность с патологией развития и психическими нарушениями	37
Куликова В.С. Корреляция аффекта и проявлений панического расстройства у пациентов с коморбидным биполярным аффективным расстройством.....	39
Ларин М.Д. Мониторинга сна у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии	41
Легкова К.С., Медведева А.Н., Смирнов Д.А., Боровикова И.И., Замятин В.И., Охрименко Г.С. Клинико-генетическая архитектура ДКМП у пациентов, поступивших с декомпенсацией ХСН	43
Лозовский В.В., Семенев С.А., Гаранкин Н.А., Поткин С.Б., Зубарев А.В. Роль эластографии в диагностике рабдомиолиза: взаимосвязь показателей скорости сдвиговой волны и лабораторных показателей	45

Лозовский В.В., Семенев С.А., Поткин С.Б., Зубарев А.В. Ультразвуковое исследование подкожной жировой клетчатки датчиками с высокой частотой сканирования	47
Лозовский В.В., Семенев С.А., Поткин С.Б., Зубарев А.В. Возможности высокочастотного ультразвукового исследования кожи после контурной инъекционной пластики.....	49
Обухова Н.Е. Особенности эндоскопической отофарингохирургии у детей, получающих иммуносупрессивное лечение.	51
Овчинникова Е.К. Применение стромально-васкулярной фракции в лечении контрактуры Дюпюитрена.....	53
Петрова Н.С., Малявина У.С. Хронический полипозный риносинусит у ребенка с синдромом Корнелия де Ланге. Описание клинического случая и обзор литературы.....	55
Рамазанова З.Ш., Мейтель И.Ю. Роль лабораторных маркеров в определении показаний к тонзиллэктомии у детей с ювенильным идиопатическим артритом.....	57
Саид Ахмад Д.И., Черномаз И.С., Стериополо Н.А., Вершинина М.Г. Мультидисциплинарный подход к комплексной диагностике системных заболеваний соединительной ткани.....	59
Семенев С.А., Лозовский В.В., Гаранкин Н.А., Поткин С.Б., Зубарев А.В. Применение методик эластографии в диагностике рабдомиолиза	62
Козачук А.Ю., Самушия М.А. Психические расстройства у военнослужащих на этапе оказания медицинской помощи в многопрофильной военно-медицинской организации.	64
Хабибуллина Л.Р., Самушия М.А., Вдовина И.В. Клинико-психопатологические особенности расстройств шизофренического спектра у лиц, страдающих ожирением.	66
Хвостикова Н.А., Клименко К.Э. Влияние анатомических вариантов строения лобного кармана на выбор хирургического доступа к лобной пазухе.....	69
Черный А.В. Агранулоциты в качестве потенциальных биомаркеров тяжести интерстициальных заболеваний легких	71
Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых с международным участием "Актуальные вопросы стоматологии"	73
СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ	73
Батталова Ю.Н., Постников М.А., Чигарина С.Е. Лечение моляров, отягощенных перфорацией в области фуркации, при пародонтально-эндодонтическом поражении.....	73
Бондарчук А.В. Оценка применения метода ультразвуковой доплерографии при диагностике заболеваний пародонта	75
Ведерникова У.Д., Кормышева А.Е., Бушуева Е.Ю. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с гипотиреозом.....	77
Гарбуз Е.С., Гутырчик А.А., Миронович Я.И., Денисова Ю.Л. Систематический обзор научной литературы: доза-эффект применения соединений гиалуроновой кислоты в комплексном лечении генерализованного периодонтита	79
Гончарик К.И., Походенько-Чудакова И.О. Сравнительная оценка эффективности применения различных антисептических средств для инстилляций полости рта по данным показателя микрокристаллизации ротовой жидкости.....	81
Еганян Д.Г., Подойникова М.Н., Александров М.Т. Новационный метод оценки стоматологического статуса полости рта.....	83

Егорова К.Ю., Денисова Ю.Л. Особенности периодонтологического статуса у пациентов с болезнями пародонта в постковидном периоде	85
Заболотная А.В., Господаренко К.А., Мусаева Р.С., Тачалов В.В. Влияние стресса на развитие заболеваний пародонта.	87
Казакова А.Е., Воронин П.А. Клинический случай: опыт лечения гиперпластического гингивита у пациента с плохой гигиеной полости рта	89
Кейцлер М.И., Богатырева Р.М., Островская И.Г., Атрушкевич В.Г. Значение ключевых эндогенных модуляторов эпителиальной проницаемости при воспалительных заболеваниях пародонта	91
Коляда А.А., Осипова В.А. Показатели жирных кислот в ротовой жидкости как маркер кариесрезистентности	93
Летуновский А.Е., Лаптева Л.И. Влияние амбушюра саксофониста на состояние нижней губы 95	
Ли Ц., Гао Ю., Дудник О.В., Дыбов А.М. Клиническая эффективность аппарата DIAGNOdent в диагностике скрытого кариеса зубов у подростков с несъемными ортодонтическими конструкциями.....	97
Матафонова У.О., Ранжуров В.В., Писаревский Ю.Л., Кибалина И.В. Характеристика микробного «пейзажа» и местного иммунитета слизистой оболочки протезного ложа до и после наложения полных съемных протезов	99
Мирзаходжаева Н.Ф., Камилов Х.П., Тахирова К.А. Оценка эффективности современных методов лечения ангулярного хейлита.....	101
Мукимова Х.О., Юсупалиходжаева С.Х. Биохимические изменения в слюне у пациентов с сочетанной патологией хронического пародонтита и хронического панкреатита	103
Нюбин А.Д., Доценко А.В., Степанова Т.С. Оценка качества нанесения герметика разными аппликационными насадками	105
Певчева А.С., Хабарина О.В., Ермольев С.Н., Айвазова Р.А. Разработка системы мониторинга слизистой оболочки полости рта с помощью динамического электрохимического потенциала и биоимпедансной спектроскопии.....	107
Расаматов Б.Б., Макеева И.М. Роль анализа ротовой жидкости в оценке активности воспаления при пародонтите.....	109
Рахманова М.А., Борисова Э.Г. Использование препаратов с Mg^{++} и Zn^{++} в комплексном лечении глоссодинии	111
Рохоева М.Ш., Кудасова Е.О. Тепловая реакция на инструменты для полировки.....	113
Савинова Е.А., Савинова Е.А. Влияние заболеваний пародонта на развитие нейродегенеративных состояний.....	115
Саидова М.А. Патогенетическое обоснование и оптимизация лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с патологией желудочно-кишечного тракта.....	117
Сиводедова А.М., Сологова Д.И. Диагностика параметров интактного пародонта с помощью клинических, функциональных и лучевых методов исследования	119
Сухоруких М.О., Сульимова Т.Б., Козлова М.В. Коррекция кислотно основного баланса слюны у женщин с постменопаузальным остеопорозом при лечении таблетированными бисфосфонатами.....	121
Усмонов Б.А., Абдуалиева Д.А. Прогнозирование течения COVID-19 на основе биомаркеров слюны с исследованием клеточного профиля и цитокиновой активности	123

Фиринова М.А., Борисова Э.Г. Применение физических факторов в комплексной терапии пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, проходящих ортодонтическое лечение	125
Фирсова А.А., Макеева И.М. Оценка осведомленности о бруксизме и распространенности симптомов данного состояния среди лиц молодого возраста.....	127
Шомуродова Г.Х., Шомуродова А.Э., Юсупалиходжаева С.Х. Искусственный интеллект в диагностике заболеваний пародонта с использованием рентгенографического анализа	129
СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ	131
Алейникова В.А. Походенько-Чудакова И.О. Взаимосвязь показателей микрокристаллизации ротовой жидкости и используемых средств гигиены полости рта у лиц, прошедших дентальную имплантацию	131
Ахмед Н.К., Аревина В.Е., Егоров В.И. Микробиологические аспекты флегмон шеи	133
Вавуло П.И., Шевела Т.Л. Обоснование выбора местной анестезии при лечении зубов на верхней челюсти.....	135
Вахаева А.А., Богдашина О.В. Особенности анатомии кровоснабжения околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез.....	137
Вахонина М.А., Дудник О.В., Мамедов Ад.А. Подготовка к первичной хейлопластике: оптимизация кормления новорожденных с двусторонней расщелиной губы и нёба	139
Верещагина Е.А., Лысенко А.В., Яременко А.И., Петров Н.Л. Биопсия мягкотканых образований челюстно-лицевой области под контролем ультразвука и дополненной реальности	141
Вишневецкая В.А., Багненко А.С. Восстановление эффективности жевания при посттравматических дефектах зубных рядов в военно-медицинских организациях	143
Воронов К.Р., Ашурко И.П. Оценка изменения альвеолярного гребня при проведении аутотрансплантации третьих моляров в сравнении с одномоментной дентальной имплантацией	145
Гурьянов Р.А., Карачунский Г.М., Сипкин А.М. Применение индивидуальных пластин для остеосинтеза при коррекции скелетных форм зубочелюстных аномалий	147
Дегтярев Н.Е., Казарян Г.Г., Мураев А.А. Применение цифровой аксиографии в планировании дентальной имплантации при нефиксированном прикусе	149
Дышекова С.А., Козлова М.В. Короткая уздечка языка в повседневной практике стоматолога-хирурга	151
Закриева А.Р., Походенько-Чудакова И.О. Частота применения методик сохраняющих зуб операций на амбулаторном приеме стоматолога-хирурга	153
Ильясова С.Т., Ахмедов К.Г., Ахмедов Г.Д. Распространенность переломов костей и повреждений зубов в челюстно-лицевой области.....	155
Колонина Е.А., Рунова Г.С. Современный подход к лечению доброкачественных новообразований десны	157
Лазарев Ю.В., Сухарев М.Ф. Биосовместимость и функциональная нагрузка на имплантаты	159
Линчевский А.А., Вишняков А.М., Дедиков Д.Н. Использование накожного шаблона для контролируемой малоинвазивной хирургии височно-нижнечелюстного сустава.....	161

Матвеева П.А., Магомед-Мирзоева Э.Х., Богдашина О.В. Анатомо-топографические особенности строения нижнечелюстного канала.....	163
Миронович Я.И. Рубникович С.П. Непосредственная дентальная имплантация: современные подходы, клинические результаты и перспективы (обзор литературы)	165
Мирхусанова Р.С., Идиев О.Э., Шомуродов К.Э. Особенности регенеративного процесса при формировании периимплантатной буферной зоны	167
Нурмагомедов А.Ш., Афанасьев В.В., Макарова Ю.И. Применение интраоперационного нейромониторинга при операциях по погашению функции околоушной слюнной железы	169
Рахимов Р.Р., Винник А.В. Оптимизация процессов регенерации периимплантатных мягких тканей на этапах протезирования с применением rgf-мембраны	170
Саидова П.А., Арутюнян Б.А. Первичный гиперпаратиреоз в клинической практике врача-стоматолога	172
Стрельчук Е.В., Походенько-Чудакова И.О. Оценка качества жизни пациентов с инфекционно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области в зависимости от типа их личности.....	174
Тогоев Г.О., Духовская А.А., Панин А.М. Исследование доходности от оказания страховых услуг в хирургической стоматологии.....	176
Хамзин Р.В., Шаронова А.А., Уракова Е.В. Бисфосфонатный остеонекроз челюстных костей после ургентной стоматологической помощи	178
Фахрутдинов А.А., Рудык А.Н. Хирургические методы лечения рака языка	180
Химин Н.П., Воложин Г.А. Выбор тактики хирургического стоматологического лечения под контролем усовершенствованного метода диагностики патологии слизистой оболочки полости рта у пациентов с язвенным колитом	182
Чжихуа Чжу, Походенько-Чудакова И.О. Распространенность ксеростомии и симптомов слюннокаменной болезни у соматически здоровых пациентов на амбулаторном приеме стоматолога-хирурга	184
ОРТОДОНТИЯ	186
Абрамова А.И., Дыбов А.М. Сравнительный анализ методов дистализации моляров с применением различных видов кортикальных опор	186
Алёкина М.М., Постников М.А. Стабильность ортодонтического лечения функциональных аномалий окклюзии у детей в период смены зубов	188
Арустамов Х.А., Дыбов А.М. Реализация потенциала апикальной дистализации вторых моляров верхней челюсти у пациентов европеоидной популяции.....	190
Болдырь Е.Д., Шемякина С.А. Особенности биомеханики зубочелюстной системы и височно-нижнечелюстного сустава при одностороннем дистально неограниченном дефекте зубного ряда	192
Гончарик К.И., Алейникова В.А., Лях М.А. Факторы, ограничивающие доступность ортодонтической помощи взрослому населению по результатам анкетирования.....	194
Лабазанова А.А., Дыбов А.М. Субклинические формы асимметрий лицевого скелета черепа	196
Полякова Д.О., Трапезина П.М., Картон Е.А. Эффективность сплент-терапии сквозь призму пациентов	198

Стаханова С.А., Дыбов А.М. Оклюзионно-постуральные взаимодействия: взаимосвязь между центральным соотношением и естественным положением головы	200
Чертихина А.С., Зарецкая Э.Г., Картон Е.А., Островская И.Г. Состояние тканей полости рта и показателей ротовой жидкости пациентов с ювенильным ревматоидным артритом	202
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ	204
Горбунова М.В., Кочконян Т.С. Оценка эффективности и анализ развития Cad/Cam технологий на основе сравнения оборудования фирмы Sirona	204
Захарова А.Н., Иванова Н.А., Долгушин А.А. Сравнительный анализ временных конструкций, изготовленных методом фрезерования с опорой на имплантаты на винтовой фиксации	206
Котенко Н., Борисов В.В. Методы эффективной очистки съемных зубных протезов	208
Лазарев Ю.В., Антонова И.Н. Течение заболеваний ВНЧС у пациентов с ревматоидным артритом	210
Минаева Е.В., Зайченко О.В., Усанова Е.В. Сравнительная оценка внутрикорневых штифтовых реставраций	212
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ	214
Миннахметова Д.Р., Тихонова И.В., Топольницкий О.З. Применение метода дистракционного остеогенеза в детском возрасте при лечении трансверзальных зубочелюстных аномалий.....	214
Казарян Г.Г., Салех К.М., Мураев А.А. Использование цифровых геймифицированных инструментов для мотивации к гигиене полости рта у детей дошкольного возраста	216
Нарсия Е.Б., Таболова Е.Н. Влияние хеликобактерной инфекции на состояние тканей пародонта у детей.....	218
Островская Ю.А., Кисельникова Л.П. Результаты обследования состояния тканей ротовой полости у детей с туберозным склерозом	220
Руденок В.В., Скакодуб А.А. Стоматологический статус у детей с синдромом Кавасаки.....	222
Цзинь И., Цзэн Ж., Скакодуб А.А. Факторы, влияющие на кариес зубов у детей школьного возраста на Китайском нагорье.....	224
Цзэн Ж., Цзинь И., Скакодуб А.А. Влияние различных методов чистки зубов на состояние гигиены полости рта у детей	226
Шайхаттарова И.И., Масликова Е.А., Еловская А.А., Морозова О.Л., Морозова Н.С. Анализ остеомаркеров у детей с терминальной стадией хронической болезни почек при планировании ортодонтического лечения	228

ПРЕДИСЛОВИЕ
К празднованию 80-летия Победы
в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.
Вересаева Е.А., Фельдман Д.М.
ординаторы кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Москва, Россия

В честь празднования 80-ой годовщины победы в Великой Отечественной Войне важно вспомнить великих деятелей отечественной медицины, чей неоценимый вклад, как во время защиты родины, так и на научно-практическом поприще, является для нынешнего поколения примером мужества, героизма и преданности идеалам человечности.

Люди, о которых далее пойдет речь, заложили фундамент как в целом советской и мировой медицинской науки, так и, в частности, стали одними из основателей Центральной Медицинской академии. Преодолевая все трудности военного и послевоенного времени, они предопределили развитие медицины на многие годы вперед и спасли множество человеческих жизней.

Помимо вышеуказанных заслуг, каждый из них нашел свое призвание в преподавательской деятельности. Множество кандидатских и докторских диссертаций было написано под руководством великих деятелей советской медицины.

Несмотря на то, что во время Великой Отечественной войны они прошли трудный путь человеческих потерь, лишений и утрат, каждый из них нашел свое призвание в спасении человеческих жизней, став для всех нас примером силы духа и приверженности благородному делу медицинской профессии.

Голиков Алексей Петрович

Алексей Петрович учился в Военно-морской медицинской академии в Ленинграде, с начала и до конца Великой Отечественной войны участвовал во фронтовых операциях. За боевые заслуги был удостоен правительственных наград. В 1947 году был направлен в качестве врача-терапевта в базовый лазарет Новоземельского военно-морского гарнизона. В климатических условиях Заполярья Алексей Петрович провел первые самостоятельные научные исследования по изучению артериального давления у матросов, прослуживших на Новой Земле от одного до четырех лет. В последующем данные материалы послужили основой его кандидатской диссертации, которая была успешно защищена. По материалам диссертации Алексей Петрович публикует ряд статей, посвященных профилактике гипертонической болезни у военнослужащих срочной службы, прибывающих из южных регионов и средней полосы России на Новую Землю.

С 1956 по 1966 год Алексей Петрович изучал проблему ревматизма. С 1957 по 1967 год А.П. Голиковым проведены фундаментальные исследования по проблеме атеросклероза. Он первым в стране проводил клинко-экспериментальные исследования с использованием радионуклидов.

С 1950 по 1970 год Алексей Петрович активно участвовал в работе оргкомитетов по проведению городских, республиканских и международных медицинских форумов. В 1970 году Алексей Петрович избран руководителем клиники неотложной терапии 4-го

Главного управления при Минздраве СССР, а с 1971 года возглавил отдел острых терапевтических заболеваний НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского. Алексей Петрович уделял большое внимание подготовке врачебных и научных кадров. Через клиническую ординатуру им подготовлено свыше 200 врачей. Под руководством А.П. Голикова защитили диссертации более 50 кандидатов и 12 докторов медицинских наук.

Алексеем Петровичем опубликовано более 500 работ, в том числе в международных журналах, изданы шесть справочников и 60 методических рекомендаций. В 1984 году А.П. Голиков избран членом-корреспондентом АМН СССР, в 1991 году — действительным членом Российской академии медицинских наук.

Смагин Всеволод Григорьевич

В 1944 году окончил Военно-морскую медицинскую академию имени С. М. Кирова. В период обучения в академии участвовал в Великой Отечественной войне, был ранен. С 1944 по 1945 год проходил военную службу в составе Военно-морского флота СССР в качестве военного врача пункта медицинской помощи крейсера «Мурманск» на Северном флоте, имел звание старшего лейтенанта медицинской службы.

В 1966 году был назначен заведующим Ленинградской клиники внутренних болезней №2, которой руководил до 1968 года. В 1968 году Высшая аттестационная комиссия присваивает Всеволоду Григорьевичу учёное звание “профессор” и с этого года он начинает свою научно-исследовательскую деятельность в кремлёвском лечебно-санитарном 4-м Главном управлении при Министерстве здравоохранения СССР под руководством академика Евгения Чазова. В 1973 года был организатором и первым заведующим специализированной клиники гастроэнтерологии и одновременно являлся руководителем Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) при 4-м Главном управлении Минздрава СССР, которой руководил до 1980 года.

В 1976 году В.Г. Смагину была присвоена Государственная премия СССР в области науки и техники, в 1978 году он был избран член-корреспондентом Академии медицинских наук СССР. Всеволод Григорьевич был организатором научной школы гастроэнтерологии в системе 4-го Главного управления при Минздраве СССР.

Являлся членом правления Всесоюзного научного общества терапевтов и Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов, редактором редакционного отдела «Гастроэнтерология» Большой медицинской энциклопедии. Под руководством Всеволода Григорьевича было написано около 150-и научных работ, в том числе 7 монографий.

В 1975 году Указом Президиума Верховного Совета РСФСР за заслуги в научной деятельности Смагин был удостоен почётного звания Заслуженный деятель науки РСФСР.

Скобелкин Олег Ксенофонович

В августе 1941 года в возрасте 18 лет был призван на фронт и стал участником Великой Отечественной войны. Его брат Аркадий погиб на фронте в Восточной Пруссии в 1945 году. С 1970 года Олег Ксенофонович работал заместителем Главного хирурга 4-го Главного управления.

В 1986 году на базе отдела лазерной хирургии основал первый в СССР специализированный научно-исследовательский институт (НИИ лазерной хирургии Минздрава СССР), впоследствии переименованный в «Государственный научный центр

лазерной медицины Федерального медико-биологического агентства России», которым руководил в течение одиннадцати лет. С сентября 2017 года «ГНЦ ЛМ ФМБА России» носит имя Олега Ксенофонтовича Скобелкина.

Был награждён орденом Красной Звезды и медалями, в числе которых «За отвагу» и «За взятие Кенигсберга», удостоен званий «Заслуженный деятель науки РСФСР» (1980) и «Заслуженный изобретатель РСФСР» (1987). Лауреат Государственной премии СССР (1981).

Далее речь пойдет о выдающихся деятелях советской медицины, чьи детство и юность прошли в тяжелые времена войны. В силу возраста они не участвовали в боевых действиях, однако война сильно повлияла на их мировоззрение, предопределив путь самопожертвования во благо человеческой жизни.

Чазов Евгений Иванович

Научные работы Евгения Ивановича посвящены проблемам клинической кардиологии, фундаментальным исследованиям физиологии и биохимии сердечно-сосудистой системы.

Под его руководством были разработаны и внедрены в практику новые методы лечения инфаркта миокарда (в том числе тромболитическая терапия, внутрикоронарный тромболизис и электроимпульсная терапия), методики реабилитации.

Евгений Иванович являлся главным идеологом создания специализированного научного и учебного учреждения по наиболее востребованным медицинским специальностям. Стоял у истоков создания Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ).

С 1987 года по 1990 год занимал должность министра здравоохранения СССР. Деятельность Евгения Ивановича не ограничивалась кардиологией - при нём была с нуля создана система борьбы со СПИД, пересмотрена система оказания населению психиатрической помощи, создана новая сеть детских лечебных учреждений, создана служба экстремальной медицины.

В последние годы жизни Е. И. Чазов занимал должность главного внештатного специалиста-кардиолога Минздрава, и во многом благодаря его усилиям удалось снизить значения смертности более чем на 20%.

Под его руководством защищено более 30 докторских и 50 кандидатских диссертаций. Евгений Иванович — один из создателей факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Автор более 450 научных трудов, в их числе 15 монографий, обладатель нескольких государственных наград, включая орден "За заслуги перед Отечеством" трех степеней и четыре ордена Ленина.

Гасилин Владимир Сергеевич

С 1968 по 1977 год — работал в Четвертом главном управлении при Минздраве СССР: заведовал кафедрой терапии Учебно-научного центра (1968—1970), был заместителем начальника Четвертого главного управления, главным врачом спецбольницы управления (1970—1975), главным терапевтом (1975—1977).

С 1977 по 1983 год работал заместителем генерального директора Всесоюзного кардиологического научного центра, с 1983 по 1992 год — главным терапевтом Четвертого главного управления при Минздраве СССР.

Научные исследования В.С. Гасилина связаны с проблемами кардиологии, терапии, курортологии, организации здравоохранения: он одним из первых в стране внедрял в практику векторкардиографию, мониторинг электрокардиограммы, эхокардиографию. Участвовал в консилиумах руководителей государства, неоднократно консультировал глав зарубежных государств и правительств.

В течение 70-80-х годов Владимир Сергеевич был членом правлений Всесоюзных терапевтического, кардиологического и геронтологического научных обществ. С 1973 года — заместитель главного редактора журнала “Кардиология”, а с 1993 года — заместитель главного редактора журнала “Кремлевская медицина. Клинический вестник”.

Автор 300 научных работ, в том числе 30 монографий, руководств, справочников, 2 статей в Большой медицинской энциклопедии (“Ишемическая болезнь сердца”, “Миокардит”).

Под руководством В.С. Гасилина и при консультационной помощи выполнены и защищены 14 докторских и 54 кандидатских диссертации.

В 1975 году избран членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР, в 1997 году – академиком Российской академии медицинских наук.

Удостоен именных премий Российской академии медицинских наук за монографии: “Промежуточные формы ИБС” (премия имени Г.Ф. Ланга) и “Хронические формы ИБС” (премия имени А.Л. Мясникова). Награжден орденом Ленина (1978), двумя орденами Трудового Красного Знамени (1971, 1976), золотой медалью ВДНХ СССР (1980).

Каншин Николай Николаевич

С 1968 по 1970 год Николай Николаевич заведовал клиникой хирургии Центральной научно-исследовательской лаборатории Четвертого главного управления при Минздраве СССР.

С 1970 года был руководителем отделения неотложной хирургии органов грудной полости в НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, а с 1980 года возглавил отделение профилактики и лечения гнойных осложнений в хирургии.

Н. Н. Каншин является автором более 250 научных работ, в том числе, нескольких монографий; ему принадлежат 65 авторских свидетельств и патентов на изобретения в области медицины.

Н. Н. Каншин являлся одним из основоположников нового направления в отечественной хирургии — антирефлюксной хирургии. В 1962 году Николай Николаевич разработал оригинальный способ операции при укорочении пищевода.

В 1984 году был удостоен Государственной премии СССР.

Неретин Вячеслав Яковлевич

Профессор, заслуженный деятель науки РФ.

С 1971 по 1980 год руководил клиникой неврологии ЦНИЛ Четвертого Главного управления при МЗ СССР.

Руководитель клиники неврологии с 1980 по 2004 год.

Его основные научные работы были посвящены опухолям головного мозга, сосудистым поражениям нервной системы, нейродегенеративным заболеваниям.

Постнов Ювеналий Васильевич

Доктор медицинских наук, профессор. Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР (1986). Академик РАЕН (1990). Руководитель отдела сердечно-сосудистой патологии Института клинической кардиологии имени А. Л. Мясникова. Известен исследованиями молекулярно-клеточных основ патогенеза первичной гипертензии (гипертонической болезни).

Исследовал нарушение транспорта катионов в плазме крови и через клеточные мембраны на базе центральной научно-исследовательской лаборатории 4-го Главного управления Минздрава СССР (1969–1989). Автор более 280 работ в отечественных и зарубежных журналах.

Тезисы докладов Научно-практической конференции молодых ученых (22 апреля 2025)

Астенический синдром: от соматических состояний к психическим расстройствам — данные клинико-статистического анализа

Ансимов М.А.¹, Титова В.В.², Вдовина И.В.³

¹аспирант кафедры психиатрии, ²к.м.н., доцент кафедры психиатрии,

³к.п.н., доцент, доцент кафедры психиатрии

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента РФ

Москва, Россия

E-mail: flamber1@rambler.ru

Астенический синдром (АС) представляет собой гетерогенное состояние, включающее в себя характерный набор симптомов: физическая и умственная утомляемость, снижение мотивации, расстройства сна, когнитивные нарушения. В рамках предлагаемой концепции, АС рассматривается как континуум, в котором на одном полюсе находятся соматические заболевания, где астения выступает в роли вторичного симптома (например, при ХОБЛ), а на другом — психиатрические расстройства, где АС является частью самой структуры заболевания.

Гипотеза исследования

Выдвинута гипотеза о существовании континуального характера астенического синдрома, в котором тяжесть, выраженность и клинические характеристики синдрома варьируются в зависимости от основного этиопатогенетического профиля пациента: соматического или психического. В качестве соматической модели выбран ХОБЛ, как заболевание, наиболее часто сопровождающееся системной гипоксией и хроническим воспалением — в данном случае двумя ключевыми пусковыми механизмами АС.

Клинический и статистический анализ (n=17)

Проведено клиническое наблюдение и статистический анализ 17 пациентов с ХОБЛ. Средний возраст составил: 73,9 лет, что объясняется тем, что ХОБЛ развивается достаточно медленно и выявляется чаще всего в зрелом возрасте. Мужчины составили 77% выборки. Оценка выраженности АС проводилась с использованием шкал FAS-10, MFI-20, CFQ-11, а также подробным изучением анамнеза жизни и заболевания.

Результаты:

- Медиана общего балла по MFI-20 составила 65, что свидетельствует о значительной выраженности астенического состояния.
- Наиболее высокие значения зафиксированы в субшкале физической усталости и сниженной активности.
- Отмечена статистически значимая ассоциация возраста и выраженности симптоматики ($p=0.03$).
- Обнаружено значимое различие в приёме анальгетиков между подгруппами ($p=0.021$), что может указывать на болевой компонент как триггер астении.

Патогенез АС в разных клинических спектрах

При соматических заболеваниях, таких как ХОБЛ, астенический синдром обусловлен:

- В первую очередь системной гипоксией;
- нарушением метаболизма ЦНС;
- хроническим воспалением и оксидативным стрессом;
- побочным действием фармакотерапии.

В то время как при психических расстройствах (депрессия, тревожные расстройства, шизоаффективный спектр), АС включён в ядро симптомокомплекса, и его патогенез чаще связан с:

- нарушением нейромедиаторной регуляции;
- нарушением функций отделов мозга;
- снижением BDNF;
- хроническим дистрессом и нарушениями сна.

Такой «двуполосный подход» позволяет по-новому интерпретировать клинические проявления астении и определить более точные алгоритмы диагностики и терапии.

Диагностика и инструменты

Для верификации АС в данном исследовании использовались валидированные опросники:

- Fatigue Assessment Scale (FAS-10);
- Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20);
- Cognitive Failures Questionnaire (CFQ-11);
- Fatigue Severity Scale (FSS).

Применение этих шкал позволяет дифференцировать уровни утомляемости, когнитивные и соматовегетативные компоненты астении в рамках различных нозологических групп.

Заключение и клинические перспективы

АС, при всей его известности, часто оказывается недооценен. А ведь его следует рассматривать не как единичное состояние, а как многоуровневую, клинически вариабельную структуру, охватывающую широкий спектр проявлений. Проведённое наблюдение подтверждает значимость комплексной диагностики и верификации АС и учёта основного заболевания в клинической оценке.

Понимание астении как континуума позволяет:

- уточнять дифференциальный диагноз;
- подбирать терапию с учётом этиопатогенетической принадлежности;
- формировать индивидуальные маршруты ведения пациента.

Клинические перспективы включают в себя разработку инструментов стратификации пациентов по типу астенического ответа, а также составление персонализированных программ реабилитации с участием мультидисциплинарных команд специалистов.

Литература

1. Cecchetti G. et al. Cognitive, EEG, and MRI features of COVID-19 survivors: a 10-month study //Journal of neurology. – 2022. – Т. 269. – №. 7. – С. 3400-3412.
2. Khaibullina D. K., Maksimov Y. N. Post-Covid Asthenia Syndrome //Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2023. – Т. 53. – №. 8. – С. 1347-1354.
3. Семакин А. В. и др. Качество жизни и психические расстройства в постковидном периоде (систематический обзор) //Бюллетень сибирской медицины. – 2023. – Т. 22. – №. 4. – С. 188-200.
4. Reese J. T. et al. Generalisable long COVID subtypes: findings from the NIH N3C and RECOVER programmes //EBioMedicine. – 2023. – Т. 87.
5. Thakur N. Integrating Zero-Shot Classification to Advance Long COVID Literature: A Systematic Social Media-Centered Review //arXiv preprint arXiv:2412.18779. – 2024
6. Broadbent D. E. et al. The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates //British journal of clinical psychology. – 1982. – Т. 21. – №. 1. – С. 1-16
7. World Health Organization et al. Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: Interim guidance 30 March 2023. – 2023.
8. Ansimov M.A., Voronova E.I. (2025). *Астения в постковидном периоде: аспекты патогенеза, клиники и диагностики* (Литобзор).

Пьезохирургия в ринологии: точность и безопасность ультразвукового скальпеля

Бершина А.Н.¹, Русецкий Ю.Ю.²

¹ Аспирант кафедры оториноларингологии

² Д.м.н., заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами
Президента Российской Федерации
Москва, Россия

E-mail: loranastasya@yandex.ru

Хронические заболевания околоносовых пазух поражают 5–12% населения, значительно снижая качество жизни пациентов [1]. При неэффективности консервативной терапии хирургическое вмешательство становится необходимым, однако традиционные методы (бор, долото) сопряжены с риском осложнений, включая кровотечения (2.6–10.5%) и термические повреждения тканей [2, 3]. Пьезохирургия, успешно применяемая в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и нейрохирургии [4], потенциально может минимизировать эти риски в ринохирургии, но ее эффективность и безопасность при эндоскопических операциях изучены недостаточно [6].

Цель исследования: Повышение эффективности и безопасности риносинусохирургии за счет внедрения пьезоэлектрических инструментов (пъезотомов) и разработки оптимальных хирургических техник для септопластики и операций на верхнечелюстных околоносовых пазухах.

Материалы и методы: В оториноларингологическом отделении ФГБУ ЦКБ УДП РФ было проведено хирургическое лечение 30 пациентов, включавшее 20 случаев коррекции искривления носовой перегородки и 10 - по удалению кист верхнечелюстных пазух. В ходе вмешательств проводилась сравнительная оценка интраоперационных параметров при использовании пьезоэлектрического скальпеля и традиционных хирургических методик. Особое внимание уделялось анализу интенсивности интраоперационного кровотечения по шкале Фромма-Боезарта, удобству выполнения костных манипуляций, а также качеству визуализации операционного поля при эндоскопическом контроле. Параллельно оценивались временные показатели выполнения отдельных этапов вмешательства и особенности послеоперационного течения. Полученные данные подвергались комплексному анализу с применением современных методов статистической обработки.

Результаты: Применение пьезотома показало существенное преимущество в снижении интраоперационной кровоточивости по сравнению с традиционными хирургическими методиками. Статистический анализ по шкале Фромма-Боезарта подтвердил достоверность этих различий. Хирурги отметили высокую точность работы пьезоэлектрического инструмента и минимальную вибрацию, что обеспечило лучший контроль при выполнении костных манипуляций. Однако необходимо отметить, что система ирригации пьезотома не улучшала визуализацию операционного поля, требуя постоянной аспирации ассистентом.

Заключение: Проведенное исследование на начальном этапе подтвердило клиническую эффективность пьезотома в ринохирургических вмешательствах, продемонстрировав его способность значительно уменьшать интраоперационную кровопотерю. Технологические особенности инструмента обеспечивают более безопасное выполнение операций за счет снижения травматизации окружающих тканей. Хотя опыт применения пьезохирургии в синусохирургии остается ограниченным, полученные результаты обосновывают целесообразность дальнейшего изучения и внедрения этой методики.

Перспективным направлением представляется проведение расширенных исследований, включающих сравнительный анализ долгосрочных результатов применения пьезотома и традиционных хирургических подходов. Это позволит объективно оценить преимущества и ограничения метода в клинической практике.

Литература

1. Fokkens, W. J. (2020). EPOS2020: a major step forward. *Rhinology*, 58(1), 1. <https://doi.org/10.4193/RHIN20.401>
2. Al-Mujaini A, et al. OMJ. 24, 70-80 (2009); doi:10.5001/omj.2009.18
3. Siljander, B., Wang, A., Zhang, L., Shih, A., Sullivan, S., & Tai, B. (2014). Cool Mist Irrigation Improves Heat Dissipation during Surgical Bone Drilling. *Journal of Neurological Surgery Part B: Skull Base*, 75(04), 243–246. doi:10.1055/s-0034-1368098
4. Pavlíková G, Foltán R, Horká M, Hanzelka T, Borunská H, Sedý J. Piezosurgery in oral and maxillofacial surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011 May;40(5):451-7. doi: 10.1016/j.ijom.2010.11.013. Epub 2010 Dec 19. PMID: 21176870.
5. Demirbilek, N., & Evren, C. (2019). Is Piezoelectric Surgery Really Harmless to Soft Tissue? *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(7), 1966-1969. doi:10.1097/scs.0000000000005598

Клинический случай капиллярной гемангиомы полости носа

Блохин Д.М.

Ординатор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами

Президента Российской Федерации

Кафедра оториноларингологии

Москва, Россия

E-mail: danblohin69@gmail.com

Капиллярные гемангиомы полости носа – относительно редкие доброкачественные сосудистые новообразования, составляющие около 0,5% всех опухолей ЛОР-органов. Несмотря на доброкачественный характер, они могут вызывать выраженную обструкцию носовых ходов, рецидивирующие кровотечения и деформацию окружающих структур, что требует своевременной диагностики и лечения. Гемангиомы встречаются во всех возрастных группах, но чаще всего наблюдаются у детей, подростков и женщин репродуктивного возраста. В детской возрастной группе гемангиомы являются наиболее распространенными новообразованиями области головы и шеи. [1]

Цель работы:

Описание клинического случая капиллярной гемангиомы носовой полости с анализом примененных и возможных диагностических и лечебных подходов.

Материалы и методы исследования.

Приведено наблюдение пациента женского пола 44 лет с жалобами на невозможность дыхания правой половиной носа, рецидивирующие кровотечения. Проведены: эндоскопия полости носа, КТ/МРТ, гистологическое исследование. Выполнено хирургическое удаление образования с последующим гистологическим подтверждением диагноза.

Результаты

После радикального удаления гемангиомы достигнута полная регрессия симптоматики. Гистология подтвердила капиллярный тип ангиомы. Рецидивов в течение 14 дней не отмечено.

Выводы

1. Капиллярные гемангиомы требуют дифференциальной диагностики с другими сосудистыми и опухолевыми поражениями носа.
2. Хирургическое лечение – метод выбора, обеспечивающий радикальность и минимальный риск рецидива. [2]
3. Важна послеоперационная гистологическая верификация для исключения малигнизации опухоли.

Литература

1. Товмасян А.С., Клименко К.Э., Зеликович Е.И., Куриленкова А.Г., Филина Е.В., Кишиневский А.Е., Рамазанов С.Р. Синоназальные гемангиомы: принципы диагностики и лечения (обзор литературы) . Вестник оториноларингологии. 2024;89(4):54–59.
2. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Лысюк Е.О. Капиллярная гемангиома перегородки носа: клинический случай. Рациональная тактика оперативного лечения. Consilium Medicum. 2017; 19 (11.1. Болезни органов дыхания): 58–61. DOI: 10.26442/2075-1753_19.11.1.58-61

Первый опыт применения эхоконтрастного препарата в диагностике нестабильных атеросклеротических бляшек

**Бородаенко П.А.¹, Князева Е.В.², Игнатенко А.В.³, Чуркина С.О.⁴, Гажонова В.Е.⁵,
Поткин С.Б.⁶, Зубарев А.В.⁷**

¹Аспирант кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии

²Врач функциональной диагностики ФГБУ «Клиническая больница №1»

³Врач-сердечно-сосудистый хирург, к.м.н. ФГБУ «Клиническая больница №1»

⁴Ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, к.м.н.

⁵Профессор кафедры рентгенологии и ультразвуковой диагностики, д.м.н.

⁶Доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, к.м.н.

⁷Заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии, д.м.н., профессор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Москва, Российская Федерация

E-mail: potkin@cgma.su

Введение

Нестабильные атеросклеротические бляшки остаются основной причиной острых сосудистых событий, таких как инфаркт миокарда и инсульт. Традиционные методы визуализации, включая ультразвуковое доплеровское исследование и рентгеновскую ангиографию, имеют ограниченную чувствительность в оценке морфологии бляшек, а именно: выявления воспаления стенки и наличия кровоизлияния — ключевых маркеров нестабильности. Применение эхоконтрастных препаратов (ЭКП), таких как SonoVue®, открывает новые возможности в ультразвуковой диагностике, позволяя визуализировать микрососудистую сеть и уточнить динамику кровотока. МСКТ рассматривают как основной метод обнаружения нестабильных атеросклеротических бляшек. Однако, при наличии выраженных обызвествлений стенки сосуда затруднена дифференциация стабильных и нестабильных форм бляшек, из-за ограниченного разрешения для мягких тканей и мелких сосудов [3]. МРТ не рассматривается как метод выбора, из-за ограниченной доступности и стоимости самого исследования [6].

Цель исследования

Оценить диагностическую ценность ЭКП в сравнении с МСКТ у пациентов с подтвержденной нестабильностью бляшек.

Материалы и методы

Дизайн исследования: Проспективное когортное исследование с участием 47 пациентов (средний возраст 64±8 лет). Эхоконтрастные исследования были проведены с применением препаратом SonoVue® (Брассо), вводимым внутривенно в дозе 2,4 мл. Исследование проводилось на двух ультразвуковых аппаратах экспертного класса — GE Logiq E10 и Canon Aplio i800 с применением высокочастотных датчиков в режиме низкого механического индекса (MI<0,08). Производился параметрический анализ по следующим критериям: время накопления контрастного вещества в бляшке, интенсивность сигнала, визуализация мелких сосудов (признак неоваскуляризации) [4]. Компьютерную томографию проводили на томографе GE Revolution EVO с толщиной среза 0,625 мм. Оценивалась плотность бляшки (HU), индекс кальцификации, объем и морфология (наличие изъязвлений) [3, 5].

Интраоперационная верификация проводилась путем визуальной оценки хирургом (наличия изъязвления и кровоизлияния) с последующим гистологическим анализом после эндартерэктомии [6].

Статистический анализ проведен с расчетом чувствительности, специфичности, ROC-кривых (SPSS v26). Учет межгрупповых различий проведен с помощью t-критерия Стьюдента (p<0,05).

Результаты

При проведении ЭКП - признаки нестабильности выявлены у 38 пациентов (80,9%), включая гетерогенное контрастное усиление бляшки (n=25), а также быстрое вымывание контраста (n=13). Гистологически подтверждено 40 нестабильных бляшек (85,1%), из них 35 имели признаки активного воспаления. Ложноположительные результаты (n=3) были связаны с артефактами движения.

По данным МСКТ – нестабильность бляшки диагностирована у 32 пациентов (68,1%), преимущественно за счет низкой плотности бляшек (<30 HU). Ложноотрицательные случаи (n=8) обусловлены кальцификациями, маскирующими мягкие компоненты бляшки. Сравнительный анализ показал: чувствительность ЭКП — 92,5% (95% ДИ: 84–97%) vs 75% (63–85%) для МСКТ. Специфичность ЭКП — 85,7% (70–95%) vs 71,4% (55–84%) для МСКТ. ROC-площадь: 0,89 для ЭКП против 0,73 для МСКТ (p<0,05).

Обсуждение

ЭКП продемонстрировали следующие преимущества: визуализация микрососудистой сети в бляшке в реальном времени, что коррелирует с ее воспалительной активностью. Параметрический анализ продемонстрировал возможность количественной оценки перфузии.

В литературе отмечаются следующие ограничения МСКТ в диагностике нестабильных бляшек: низкая специфичность при смешанных и кальцинированных бляшках [3, 7], наличие лучевой нагрузки (средняя доза 5–7 мЗв) и необходимость использования йодсодержащего контраста [5]. Ультразвуковое исследование с ЭКП свободно от этих недостатков. Раннее выявление нестабильных бляшек с помощью ЭКП позволяет оптимизировать выбор между медикаментозной терапией и хирургическим вмешательством. Наши данные подтверждают результаты других исследователей, что комбинированный подход (ЭКП + МСКТ) повышает точность диагностики нестабильных атеросклеротических бляшек до 94% [3, 6].

Заключение

Эхоконтрастное УЗИ с препаратом SonoVue® сопоставимо с МСКТ в диагностике нестабильных атеросклеротических бляшек за счет высокой чувствительности последних к неоваскуляризации и воспалению. Интеграция ЭКП в клиническую практику требует стандартизации протоколов лучевого обследования, а также обучения врачей.

Список литературы

1. Зубарев А.В., Гажонова В.Е., Жестовская С.И., Фёдорова А.А., Чуркина С.О., Поткин С.Б., Миронова Е.В. Применение эхоконтрастных препаратов в клинике: учебное пособие для врачей. — М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2021. — 75 с.
2. Libby P., Ridker P.M., Hansson G.K. Atherosclerosis. *Nature*. 2019;566:215–225
3. Motoyama S., Ito H., Sarai M., et al. Plaque Characterization by CT. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019;73(18):2261–2274.
4. Feinstein S.B. Contrast Ultrasound. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;69(10):1307–1316.
5. Cury R.C., Nieman K., Achenbach S., et al. CT Angiography. *Journal of Cardiovascular Computed Tomography*. 2021;15(1):18–25.
6. Staub D., Partovi S., Schinkel A.F.L., et al. Contrast-Enhanced Ultrasound. *European Heart Journal*. 2020;41(27):2595–2604.
7. Marwan M., Achenbach S., Andreini D., et al. CT Limitations in Plaque Analysis. *Atherosclerosis*. 2018;275:426–431.

Современные ультразвуковые технологии: новые перспективы в исследовании кровоснабжения объемных образований почек

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

¹Аспирант

²Доцент, к.м.н.

³Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Москва, Российская Федерация

E-mail: borodaenko2182@mail.ru

Актуальность диагностики объемных образований почек в настоящее время возросла вследствие постоянного увеличения числа пациентов с онкологией почки и сложности в различии между доброкачественными кистами и кистозными формами рака [2].

При ультразвуковом исследовании злокачественные опухоли почки характеризуются наличием образования с гипоехогенным / гиперэхогенным, солидным или кистозно-солидным характером, а также васкуляризацией и неоднородной структурой. Важной составляющей ультразвуковой диагностики является также оценка микрокровотока в опухоли: получение информации о васкуляризации образования, архитектонике и количестве мелких сосудов, расположенных как в центре, так и по периферии образования. Современные ультразвуковые технологии, такие как Superb Microvascular Imaging (SMI) и B-Flow, демонстрируют высокую чувствительность в выявлении микрососудистого кровотока, что критически важно для дифференциации доброкачественных и злокачественных образований почек. Был проведен сравнительный анализ данных, полученных при использовании двух режимов ультразвукового сканирования для оценки микрокровотока (SMI и B-Flow). Кистозные образования почек классифицировались согласно шкале BOSNIAK, где доброкачественные образования соответствуют категориям BOSNIAK I-IIF, а злокачественные - BOSNIAK III-IV [1,3].

После проведения ультразвукового исследования у 16 (34,0%, n=47) пациентов предварительно диагностировали сложную кисту почки, а у 31 пациента (65,96%, n=47) — солидное образование почки. При использовании серошкального режима и ЦДК, у пациентов с диагнозом сложной кисты почки, кровоток в образовании был обнаружен в 5 (31,25%, n=16) случае, тогда как при использовании SMI или B-Flow микрокровоток был зарегистрирован у 11 (68,65%, n=16) обследованных. У пациентов с подозрением на солидное образование почки получены следующие результаты: при ЦДК кровоток выявили у 21 (67,74%, n=31) пациентов, а при применении SMI и B-Flow — у 29 (93,54%, n=31) пациентов. В дальнейшем всем обследуемым пациентам было выполнено контрастное ультразвуковое исследование и компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием. Полученные данные позволили оценить характер кровотока, включая микроциркуляцию. В частности, у пациентов с подозрением на сложные кисты почки, признаки кровотока в образованиях почек были выявлены в 12 (75%, n=16) случаях. Среди пациентов с подозрением на солидные образования почки, кровоток определялся в 47 (100%, n=47) случаях.

Комплексный анализ данных, полученных в ходе исследования микроциркуляции методами SMI и B-Flow, в сочетании с результатами контрастного ультразвука и контрастной МСКТ, выявил 1 ложноположительный результат у пациента, имеющего кистозное образование почек.

Итак, применение современных методик оценки микроциркуляции SMI и B-Flow демонстрирует значительную эффективность в определении состояния васкуляризации почечных образований. Согласно данным гистологического анализа, у пятидесяти шести пациентов выявлена почечно-клеточная карцинома, у двух - онкоцитома почки, у четырех —

сложные кисты (типы BOSNIAK III-IV), а у одного пациента была диагностирована ангиомиолипома.

Применение SMI и B-Flow показало высокую чувствительность (68,65–93,54%) в оценке микрососудистого кровотока объемных образований почек, незначительно уступая методикам с использованием контрастных веществ. Простота выполнения исследования, неинвазивность и отсутствие необходимости введения контраста позволяют рекомендовать данные методы как первичные инструменты в диагностическом алгоритме обследования пациентов с подозрением на наличие объемного образования почки, а применение эхоконтрастного исследования рассматривать как возможную альтернативу МСКТ и МРТ исследования с контрастным усилением.

Литература

1. Bosniak M.A. The current radiological approach to renal cysts // Radiology. 1986. Vol. 158. P. 1–10.
2. 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.
3. Park A.Y. et al. Superb Microvascular Imaging in the Evaluation of Tumor Vascularity: Comparison with Conventional Doppler Techniques // Ultrasonography. 2020. Vol. 39(1). P. 79–85.

Клиническая оценка многососудистых поражений коронарных артерий больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Бриль А.Д.¹, Бояринцев В.В.², Ардашев В.Н.³

¹Аспирант

²д.м.н., профессор РАН Валерий Владимирович Бояринцев,

³д.м.н., профессор Вячеслав Николаевич Ардашев

*Кафедра скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины
ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия" Управления делами
Президента Российской Федерации*

Москва, Россия

nanyabrill@mail.ru

Введение: Инфаркт миокарда представляет собой критическое кардиологическое состояние, характеризующееся высокой летальностью. Согласно данным статистики, за последние годы, показатель общей летальности при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST составил 11,2%, среди пациентов, которым было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) летальность составила 5,8% при увеличении числа проведенных операций до 106 950 [1, 2].

Патофизиологической основой заболевания является дисбаланс между метаболическими потребностями кардиомиоцитов в кислороде и реальным коронарным кровотоком. Возникновение инфаркта миокарда не ограничивается исключительно атеросклеротическим поражением коронарных артерий, он включает сопутствующие кардиальные и экстракардиальные факторы. К ним относятся различные аритмии, анемические состояния, респираторная недостаточность, декомпенсированная сердечная недостаточность и различные виды шока.

Согласно исследованиям В.В. Желнова и соавторов, пациенты с многососудистым поражением демонстрируют клиническую картину, соответствующую инфаркту миокарда первого или второго типа, что определяет необходимость специализированной терапевтической тактики [3].

Цель исследования: изучить клинические, лабораторные и инструментальные проявления острого инфаркта миокарда до и после стентирования многососудистых поражений коронарных артерий с целью оценки прогноза, оптимизации лечения и сроков оперативного пособия.

Материалы и методы исследования: исследовано 213 пациентов с острым инфарктом миокарда, средний возраст больных 59 лет. Всем пациентам были проведены коронарография, ЧКВ со стентированием. Основную группу составили 182 пациента, из которых со стенозом/или окклюзией одного сосуда коронарных артерий было 68 человек, с двумя пораженными артериями – 53 человека, с многососудистым поражением 54 пациента, без поражений коронарных артерий было 7 больных с инфарктом миокарда. Формирование контрольной группы осуществлялось из 31 пациента. С одним пораженным сосудом 3 человека, с двумя – 5, с многососудистыми поражениями 23 пациента. У всех больных была описана клиническая картина по оригинальной методике формализованной истории болезни, которая включала в себя 110 признаков.

Результаты исследования: в ходе исследования выявлена зависимость динамических изменений клинических проявлений при увеличении числа пораженных коронарных артерий. На основании комплексной оценки клинических критериев разработана балльная система для количественной оценки поражения коронарного русла, позволяющая на этапе транспортировки больного в кардиологический центр рассчитать возможное число пораженных коронарных артерий для определения срочности и очередности первичной и повторных операций. Результаты исследования позволяют оптимизировать тактику проведения реваскуляризации миокарда при распространенном атеросклеротическом поражении коронарных артерий [4,5].

Выводы: анализ результатов хирургического вмешательства с применением разработанных алгоритмов продемонстрировал их высокую эффективность. Так показатель госпитальной летальности в контрольной группе составил 3%, что существенно ниже общебольничного показателя летальности, достигающего до 10%.

Литература:

1. Алесян Б.Г., Бойцов С.А., Маношкина Е.М., Ганюков В.И. Анализ российских национальных показателей реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом в 2022 г. // Эндоваскулярная хирургия. 2023; 10 (3): 260–9. DOI: 10.24183/2409-4080-2023-10-3-260-269
2. Алесян Б. Г., Бойцов С.А., Маношкина Е.М., Кочергин Н.А., Ганюков В.И. Российские национальные результаты реваскуляризации миокарда при остром коронарном синдроме за 2023 год // Кардиология. 2024; 64 (11). DOI: 10.18087/cardio.2024.11.n 2733
3. Желнов В. В., Дятлов Н. В., Дворецкий Л. И. Инфаркт миокарда второго типа. Миф или реальность? // Архивъ внутренней медицины. 2016. №2 (28). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/infarkt-miokarda-vtorogo-tipa-mif-ili-realnost>
4. Бражник В.А., Затеищikov Д.А. Обострение ишемической болезни сердца: баланс риска болезни и риска лечения. // Consilium medicum. 2015;17(1):30-35.
5. Бриль, А.Д., Прогноз исходов острого инфаркта миокарда после ЧКВ. Поражение коронарных артерий и ближайший прогноз. / Бояринцев, В.В., Ардашев, В.Н., Наговицын, А.В., Новиков, Е.М. // Медицинский вестник МВД. – 2024. №3. С. 37-43.

Клинические особенности различных форм жировой болезни печени

Буланова М.И.

Соискатель

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра гастроэнтерологии

Москва, Россия

E-mail: bulanovadoc@yandex.ru

В 2024 году предложена новая номенклатура жировой болезни печени, включающая метаболически-ассоциированную жировую болезнь печени (МАЗБП, metabolic dysfunction associated steatotic liver disease, MASLD);– алкогольную болезнь печени (АБП, alcohol associated steatotic liver disease);– метаболически-ассоциированную жировую болезнь печени в сочетании с употреблением избыточного количества алкоголя (МетАБП, metabolic dysfunction and alcohol associated steatotic liver disease, MetALD);– жировую болезнь печени специфической этиологии;– криптогенную жировую болезнь печени[1]. Пересмотр номенклатуры стал необходим в связи с возможностью появления сочетанного генеза стеатоза и стеатогепатита. Особого внимания заслуживает выделение МетАБП [2].

Цель исследования: изучение клинических особенностей различных форм ЖБП (алкогольной, метаболической, смешанной).

Задачи исследования:

1. Изучение клинических особенностей различных форм ЖБП.
2. Сравнение тяжести заболевания по данным неинвазивных методов оценки: индекса стеатоза (St-index), фиброза (FIB-4).

Материалы и методы:

В исследование принято 86 пациентов – 49 мужчин, 37 женщин: 1 группа – пациенты с алкогольной болезнью печени (АБП) (11 пациентов, средний возраст $48,82 \pm 16,66$ лет); 2 группа – пациенты с метаболически ассоциированной болезнью печени (МАЗБП) (38 пациентов, средний возраст $55,79 \pm 12,79$ лет); 3 группа – пациенты с сочетанной формой (МетАБП) (37 пациентов, средний возраст $51,32 \pm 11,56$ лет). Проводилось сравнение анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных показателей у больных изучаемых групп.

Результаты исследования показали, что среди больных АБП преобладали мужчины с нормальным ИМТ ($23,97 \pm 1,08$), выраженным повышением АЛТ ($106,42 \pm 60,89$ Е/л), ГГТ ($764,41 \pm 957,35$ Е/л), при этом высокий уровень ГГТ сохранялся и после лечения ($316,54 \pm 408,32$ Е/л). Наиболее частыми жалобами были кожный зуд (72,73%), утомляемость (90,91%), а сопутствующей патологией – хронический панкреатит (18,18%). Среди пациентов с МАЗБП преобладали женщины (63,16%) с избыточной массой тела (ИМТ – $27,84 \pm 3,97$), высоким St-index ($0,12 \pm 0,41$), практически не употребляющие алкоголь, основной жалобой являлась повышенная утомляемость (81,58%) При оценке наличия сопутствующей патологии у пациентов группы МАЗБП отмечается большое количество пациентов, имеющих сахарный диабет 2 типа (19 пациентов – 50 %). В группе пациентов с МетАБП преобладали мужчины (72,97%) с повышенным ИМТ ($29,39 \pm 3,33$). Уровень употребления алкоголя у больных АБП и МетАБП существенно не отличался – $8,49 \pm 6,15$ и $7,73 \pm 7,54$ единиц алкоголя в день соответственно. Повышение трансаминаз и билирубина в этой группе было умеренным – в 2-3 раза, однако нормализации данных показателей после лечения не наблюдали. Часто фиксировалась депрессия по данным опросника шкалы тревоги Бека (72,97%), хронический панкреатит (18,92%), сахарный диабет 2 типа (27,03%).

Прогноз заболевания определяется степенью выраженности фиброза печени. Расчет фиброза проводился на основании индекса фиброза печени Fib-4. Наиболее неблагоприятным оказался прогноз при МетАБП (ИФ = $4,89 \pm 4,64$), в меньшей степени при

АБП (ИФ=3,65 ± 4,20). Значение Fib-4 > 3.25 свидетельствует о степени фиброза F3-F4 по шкале METAVIR. Риск фиброза печени у больных МАЖБП сомнительный – ИФ 2,76 ± 1,15.

Проведенное исследование показало, что больные МетАБП нуждаются в продолжительном лечении до полной нормализации биохимических показателей в связи с наиболее неблагоприятным прогнозом.

Литература

1. Райхельсон К.Л., Маевская М.В., Жаркова М.С., Гречишникова В.Р., Оковитый С.В., Деева Т.А., Марченко Н.В., Прашнова М.К., Ивашкин В.Т. Жировая болезнь печени: новая номенклатура и ее адаптация в Российской Федерации. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-961>
2. Rinella M.E., Neuschwander-Tetri B.A., Siddiqui M.S., Abdelmalek M.F., Caldwell S., Barb D., et al. AAS LD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. Hepatology. 2023;77(5):1797–835. DOI: 10.1097/HEP.000000000000323

**Кардиocereбральные корреляции как предиктор нейропластичности при инсульте:
разработка интегрального индекса оценки реабилитационного потенциала
Доценко А.А.¹, Ардашев В.Н.^{1,2}, Масленникова О.М.¹, Исаева Т.В.²**

Ординатор

¹ *ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами
Президента РФ*

кафедра Внутренних болезней и профилактической медицины

Москва, Россия

² *ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ*

Москва, Россия

E-mail: lescha-docenko@yandex.ru

Аннотация: Анализ реабилитационного потенциала при инсульте основывается на комплексной оценке персональных параметров пациента. В связи с тем, что вегетативная нервная система участвует в обеспечении необходимой перфузии повреждённого участка мозга, появляется потребность в измерении степени её дезорганизации для точной оценки восстановительного потенциала. Разработанный исследователями индекс нейропластичности становится важным показателем при определении возможностей реабилитации после инсульта [1].

Целью исследования: выявление электрофизиологических показателей нейровегетативного статуса, которые позволят прогнозировать динамику реабилитации и дадут возможность количественно оценить нейропластичность. [2,3].

Материалы и методы: В исследование вошли 29 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). В ходе исследования у всех участников синхронно измеряли вариабельность сердечного ритма и фиксировали электрическую активность мозга методом электроэнцефалографии. Пациентов разделили на две группы. Первую группу составили 23 человека с атеротромботическим инсультом, вторую — 6 человек с кардиоэмболическим инсультом.

Результаты: Анализ данных продемонстрировал существенную взаимосвязь между параметрами RMSSD, SDNN, стресс-индекс и шкалой NIHNS, что указывает на особенности функционирования вегетативной нервной системы, расстройства центральной регуляции и компенсаторное повышение активности сердечно-сосудистой системы (ССС) в условиях стресса [4,5]. Показатель активности реактивных систем (ПАРС) представляет собой интегральную характеристику состояния СССР, учитывающую взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов нервной системы. Оценка параметров альфа-ритма, включая его амплитуду и частоту, даёт возможность определить стабильность мозговой деятельности после ОНМК. На основе фундаментальных частотных показателей кардиocereбральной оси нами создан индекс нейропластичности. Для его вычисления используется отношение произведения амплитуды и частоты альфа-ритма к ПАРС. Этот показатель имеет перспективу к использованию при определении реабилитационного потенциала, поскольку комплексно отражает электрофизиологические резервы головного мозга и адаптационные способности СССР.

Заключение: Одновременное изучение церебральной и кардиальной активности в комплексе с оценкой нейровегетативных параметров даёт возможность определить уровень дисбаланса симпатико-парасимпатической регуляции после ОНМК. Разработанный индекс нейропластичности создаёт перспективные направления для совершенствования реабилитационного подхода, индивидуализации восстановительных мероприятий и оценка электрофизиологической оси «Сердце-мозг» в динамике.

Литература

1. Ардашев В.Н., Исаева Т.В., Доценко А.А., Наговицын А.В., Бояринцев В.В. Электроэнцефалография и вариабельность сердечного ритма. Дисперсионный анализ. *Медицинский вестник МВД*. 2024;129(2):37-40. DOI: 10.52341/20738080_2024_129_2_37

2. Лимонова А.С., Германова К.Н., Гантман М.В., Назарова М.А., Давтян К.В., Новиков П.А., Сукманова А.А., Тарасов А.В., Харлап М.С., Ершова А.И., Драпкина О.М. Нейровисцеральные взаимодействия в рамках оси мозг-сердце как основа нейрокардиологии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):3435. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3435>
3. Юсупов Ф.А., Юлдашев А.А. Нейропластичность и возможности современной нейрореабилитации. *Бюллетень науки и практики*. 2022;8(3):251-273. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/76/27>
4. Новиков Е.М., Стеблецов С.В., Ардашев В.Н., Кириллова Т.Б., Тарабарина Н.Б. Методы исследования сердечного ритма по данным ЭКГ: вариабельность сердечного ритма и дисперсионное картирование. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2019;4:81-89. <https://doi.org/10.26269/4t6g-mx35>
5. Холманский А.С., Минахин А.А. Взаимосвязь электрических осцилляций сердца и мозга. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. 2018;2:117-135. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2018.201>

Хирургическая тактика при ятрогенных и резидуальных перфорациях перегородки носа. Подведение итогов работы.

Елумеева А.Н.¹, Русецкий Ю.Ю.²

¹аспирант

²д.м.н., проф

Кафедра оториноларингологии

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

г. Москва, Российская Федерация

annaelumeeva.lor@yandex.ru

Пластическое закрытие перфорации перегородки носа (ППН), несмотря на активное развитие эндоскопического подхода и усовершенствование техник, продолжает оставаться актуальным аспектом современной ринопластики. Это обусловлено высокой распространённостью нозологии в популяции, выраженностью клинических проявлений, снижающих качество жизни пациентов, малой эффективностью консервативной терапии и сложностью выполнения хирургического лечения. На данный момент существует значительное количество хирургических техник, позволяющих успешно закрывать дефекты перегородки носа, однако вопрос с выбором хирургической тактики для помощи пациентам, имеющим послеоперационные ППН, остаётся открытым [1]. При перфорациях маленького и среднего размера большинство описанных техник нуждаются в наличии остаточного хряща или кости в перегородке, что помогает выполнять диссекцию мукоперихондрия и формировать лоскуты. Вообще, для группы техник закрытия перфорации с помощью васкуляризованных мукоперихондриальных лоскутов наличие хрящевой или костной основы в оставшейся части перегородки служит фундаментальным индикатором успешного прогноза операции. И только если остов отсутствует и выкраивать лоскут очень трудно, приходится искать альтернативные техники, допускающие использование лоскутов или трансплантатов, забранных не в перегородке, а в других анатомических областях [2]. Это обуславливает необходимость разработки новых методик закрытия дефектов перегородки носа.

Мы разработали техники закрытия послеоперационных и резидуальных ППН разных размеров, локализации, состоянии краёв при наличии или отсутствии костно-хрящевого остова за дефектом.

Инновационная методика для закрытия маленьких передних послеоперационных перфораций основана на выкраивании васкуляризованного лоскута в зоне сохранённого хрящевого L-strut и формировании ложа для него без диссекции окружающих перфорацию отделов перегородки. Техника обладает рядом преимуществ, которые обуславливают рациональность её применения в клинической практике: операция производится с минимальной травматичностью для слизистой оболочки полости носа, поскольку не требуется расслоения мукоперихондрия (минимизация риска развития реперфорации); для закрытия дефекта используется естественный перегородочный лоскут с обильным кровоснабжением, что, безусловно, увеличивает вероятность благоприятных исходов оперативного вмешательства; лоскут покрыт естественным респираторным носовым эпителием, что полностью восстанавливает физиологию носа. Ещё одним важным преимуществом является сохранение основных структур перегородки носа и возможность повторять вмешательство при необходимости, выкраивая лоскут на противоположной стороне. Данная методика показала высокую клиническую эффективность и полное закрытие дефектов перегородки носа [3].

Для закрытия больших послеоперационных дефектов мы используем технику с выкраиванием васкуляризованного лоскута со дна полости носа, получающего кровоснабжение не только от решетчатых артерий, но и от задней носовой артерии. Метод применим для ситуаций, когда костно-хрящевой остов позади перфорации не сохранён, поскольку основной пластический материал берётся со дна полости носа, а остаток

перегородки служит своеобразной сосудистой ножкой. Повышает надёжность закрытия сочетание с выкраиванием второго слоя, образованного отворотом краёв перфорации. Данная техника расширила возможности для хирургии больших послеоперационных ППН и показала высокую клиническую эффективность [4].

Литература

1. Alobid I. Endoscopic approach for management of septal perforation. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019 Aug. 276(8). P.2115–2123. doi: 10.1007/s00405-019-05490.
2. Cassano M. Endoscopic repair of nasal septal perforation with “slide and patch” technique. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014; 151(1):176–178
3. Repair of postoperative and recurrent nasal septal perforations using l-strut overlay flap Rusetsky Y., Elumeeva A., Mokoyan Z. // European Archives of Oto-Rhino- Laryngology. 2022 May. 279(5): P. 2701–2705. DOI: 10.1007/s00405-022-07332-8.
4. Rusetsky Yury, Mokoyan Zhanna, Meytel Irina, Spiranskaya Olga, Malyavina Ulyana. Endoscopic repaire of septal perforation in children. //International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2020. Vol.130, March. doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.109817.

Факторы, способствующие возобновлению симптомов первичных органических психических расстройств, возникших в детском возрасте.

Ефремов А.А.¹, Кардамян Р.А.²

¹ *Ассистент кафедры психиатрии*

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия
E-mail: efremovalexander.med@gmail.com

² *Профессор, д.м.н., кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической медицины*

Федерального государственного автономного образовательного учреждения Высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Актуальность. На сегодняшний день изучение особенностей течения органических психических расстройств является актуальной задачей, поскольку наблюдается рост: заболеваний данной группы; факторов риска, предрасполагающих и способствующих возникновению органических психических расстройств; когнитивных нарушений. Органические психические расстройства могут быть первичными, при которых мозг повреждается непосредственно или предпочтительно (травмы, инсульты) и вторичными, при которых мозг повреждается наряду с другими органами или системами организма (системные заболевания и расстройства). В целом, органические психические расстройства, возникшие в раннем детстве (от 1 года до 3 лет), в дошкольном (от 3 до 7 лет) и младшем школьном возрасте (девочки от 7 до 11 лет, мальчики от 7 до 12 лет), старшем школьном периоде (девочки с 12 лет, мальчики с 13 до 18 лет) [1-5], претерпевают изменения, компенсируются к моменту совершеннолетия при своевременно проведенной нейрометаболической терапии, педагогической и психологической коррекции, наличии достаточных компенсаторных возможностей организма, удовлетворительных социальных условий и требований в зависимости от возраста и способностей. Присоединение злоупотребления алкоголем в молодом и среднем возрасте привносит свои изменения, которые в свою очередь могут послужить компонентом для рецидива симптомов первичных органических психических расстройств.

Цель исследования – исследовать факторы, способствующие возобновлению проявления симптомов первичных органических психических расстройств, возникших в детском возрасте.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты мужского пола в возрасте $67,5 \pm 7,2$ лет, были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 59% ($n = 49$), во 2-ю – 41% ($n = 34$), у которых симптомы первичных органических психических расстройств, возникших в детском возрасте скомпенсированные к старшим классам, возобновились соответственно в $38,2 \pm 2,0$ и $46,5 \pm 2,2$ года на фоне злоупотребления алкоголем.

Использованы методы: анкетирование – социальное интервью (использование разработанной авторами «Анамнестической карты» пациентов пожилого возраста с органическими психическими расстройствами, осложненные алкоголизмом); клинический (сбор анамнеза, динамическое наблюдение, информация из детских амбулаторных карт пациентов); статистический (параметрический и непараметрический).

Результаты. Были установлены этиологические факторы формирования первичных органических психических расстройств: внутренние биофизиологические (неспецифические) факторы риска: антенатальные (токсикозы I и II половины

беременности), интранатальные (затяжные роды, родовая травма, асфиксия), постнатальные (детские инфекционные заболевания с поражением ЦНС, вирусные заболевания – скарлатина, коклюш, ОРВИ и др.); закрытые ЧМТ, хронические соматические заболевания ЖКТ, дыхательной, мочеполовой, эндокринной, неврологической систем и т.д.; внутренние биофизиологические (специфические) факторы риска (наследственность, отягощенная психическими и наркологическим заболеваниями); внешние факторы риска (микросоциальные, стиль семейного воспитания, особенности родительской семьи, конфликтные отношения, макросоциальные).

Заключение. На возобновление симптомов первичных органических психических расстройств, возникших в детском возрасте и скомпенсированные к моменту совершеннолетия, провоцирующими факторами являются: злоупотребление алкоголем, индивидуальные особенности, соматические заболевания, особенности «среды обитания» (социально-бытовые, медицинские, природно-климатические), а также возраст пациента.

Литература

1. Dervaux A. et al. Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance // Presse Med. – 2018. – V. 47. – No 6. – P. 575–585. DOI: 10.1016/j.lpm.2018.01.005.
2. Fink-Jensen A. Alcohol use disorders and comorbidity // Ugeskr. Laeger. Presse Med. – 2021. – V. 183. – No 14. – V01210036. PMID: 33832553.
3. Szerman N. et al. Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. Association on Dual Disorders (WADD) // Translational Psychiatry. – 2022. – V. 13. – No 12 (1). – P. 446. DOI: 10.1038/s41398-022-02212-5.
4. Torales J. et al. Even More Complex... When Mental Disorder Meets Addiction in Youth: Dual Pathology // Curr. Drug Res Rev. – 2019. – V. 11. – No 1. – P. 40–43. DOI: 10.2174/2589977511666181128165358.
5. Torrens M. et al. Recent Advances in Dual Disorders (Addiction and Other Mental Disorders) // J. Clin. Med. – 2023. – V. 6. – No 12 (9). – P. 3315. DOI: 10.3390/jcm12093315.

Повреждение лицевого нерва при вмешательствах на среднем ухе

Комар А.В.¹, Мейтель И. Ю.²

¹Ординатор 2-го года обучения

²врач-оториноларинголог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры
оториноларингологии

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра оториноларингологии

Москва, Россия

E-mail: kav6842@mail.ru

Введение: Хирургическое вмешательство при холестеатоме связано с риском различных осложнений, среди которых одним из наиболее серьезных является повреждение лицевого нерва. Повреждение лицевого нерва может привести к парезу или параличу мимической мускулатуры, что значительно ухудшает качество жизни пациента [1, 2].

Цель: анализ частоты и причин повреждений лицевого нерва при хирургии холестеатомы по данным литературы.

Материалы и методы: Проведен систематический обзор литературы, включающий исследования, опубликованные в период с 2000 по 2025 год. Поиск статей осуществлялся в базах данных PubMed, Google Scholar и Cochrane Library. Из 87 первоначально найденных статей исключено 40 как нерелевантные. Полный текст проанализирован для 37 работ, из которых в обзор включено 12, соответствующих критериям.

Результаты: Риск ятрогенного повреждения лицевого нерва составляет 0.6–3.7% при первичных отохирургических операциях. В случае ревизионных вмешательств частота осложнений возрастает до 4–10% [3]. Одним из ключевых факторов риска повреждения лицевого нерва являются анатомические особенности, такие как дегисценции канала, особенно в барабанном сегменте [4]. Хирург должен помнить, что локализация дегисценции лицевого нерва при холестеатоме совпадает с наиболее частой областью ятрогенного повреждения во время отологических операций [5]. Дегисценции канала лицевого нерва встречаются у 18-33% пациентов с холестеатомой [2, 5, 6, 7].

Важным методом является предоперационная диагностика, а именно компьютерная томография (КТ) височных костей, которая позволяет выявить дегисценции и анатомические аномалии хода лицевого нерва, что помогает в планировании операции [8]. Однако КТ имеет некоторые ограничения из-за высоких показателей ложноположительных и ложноотрицательных результатов: данные совпадают с хирургическими находками в 75% случаев, с чувствительностью 66% и специфичностью 84% [9].

Для предотвращения паралича лицевого нерва рекомендуется раннее хирургическое удаление холестеатомы, связанной с поражением лицевого нерва. Исследования показывают, что хорошее восстановление функции лицевого нерва наблюдается в 78,5% случаев, если операция выполняется в течение одного месяца с момента начала паралича [10].

Еще одним способом предотвращения повреждений лицевого нерва является интраоперационный мониторинг лицевого нерва (ИМЛН). Мониторинг, помогает точно идентифицировать нерв в сложных анатомических условиях и оценить его целостность в конце операции. Использование ИМЛН снижает риск повреждения лицевого нерва и способствует ранней его идентификации [11].

Вывод: Проведенный систематический обзор литературы подтверждает, что повреждение лицевого нерва остается одним из наиболее серьезных осложнений хирургического лечения холестеатомы. Полученные данные подчеркивают необходимость особой осторожности при хирургическом лечении холестеатом, особенно в случаях выявления дегисценций канала лицевого нерва, и подтверждают эффективность предложенных профилактических мер.

Литература

1. Selesnick SH, Lynn-Macrae AG. The incidence of facial nerve dehiscence at surgery for cholesteatoma. *Otol Neurotol*. 2001;22(2):129-132.
2. Magliulo G, Colicchio MG, Appiani MC. Facial nerve dehiscence and cholesteatoma [published correction appears in *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2012 Oct;121(10):663. Ciniglio, Mario [corrected to Appiani, Mario Ciniglio]]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2011;120(4):261-267.
3. Wilson L, Lin E, Lalwani A. Cost-effectiveness of intraoperative facial nerve monitoring in middle ear or mastoid surgery. *Laryngoscope*. 2003;113(10):1736-1745.
4. Kozerska, M., Skrzat, J., Spulber, A., Walocha, J., Wronski, S., & Tarasiuk, J. (2016). Micro-CT study of the dehiscences of the tympanic segment of the facial canal. *Surgical and Radiologic Anatomy*, 39, 375 - 382.
5. Lin JC, Ho KY, Kuo WR, Wang LF, Chai CY, Tsai SM. Incidence of dehiscence of the facial nerve at surgery for middle ear cholesteatoma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;131(4):452-456.
6. Faramarzi M, Roosta S. Incidence of Facial Nerve Canal Dehiscence in Primary and Revision Cholesteatoma Surgery. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;69(3):300-306.
7. Lin KF, Toyoda Y, Selesnick S. The Tightrope Facial Nerve-An Unsupported Mastoid Segment After Resection of Recidivistic Cholesteatoma. *Otol Neurotol*. 2016;37(7):973-976.
8. Bonali M, Fermi M, Alicandri-Ciufelli M, et al. Correlation of Radiologic Versus Endoscopic Visualization of the Middle Ear: Implications for Endoscopic Ear Surgery. *Otol Neurotol*. 2020;41(9):e1122-e1127.
9. Yetiser S. The dehiscent facial nerve canal. *Int J Otolaryngol*. 2012;2012:679708. doi:10.1155/2012/679708.
10. Psillas G, Constantinidis J. Facial Palsy Secondary to Cholesteatoma: A Case-Series of 14 Patients. *Audiol Res*. 2023;13(1):86-93. Published 2023 Jan 15.
11. Kamal SA, Al-Bahkaly SA, Othman EA. Intraoperative monitoring of the facial nerve. *Neurosciences (Riyadh)*. 2002;7(4):256-261.

Преждевременная недостаточность яичников и коморбидные психические расстройства

Кочергина М.С.¹, Колпакова Т.Г.², Самушина М.А.³

¹*аспирант кафедры психиатрии*

²*аспирант ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ*

³*д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии*

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра психиатрии

Москва, Россия

E-mail: mariakochergina.s@gmail.com

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) характеризуется потерей овариальной функции у женщин в возрасте до 40 лет, что сопровождается снижением уровня эстрогена и повышением уровней гонадотропинов. Клинически данное состояние проявляется аменореей, бесплодием и симптомами, связанными с дефицитом половых гормонов (приливы жара, повышенная потливость, диспареуния и т.д.). Несмотря на то, что ПНЯ является полиэтиологическим состоянием, в большинстве случаев причина формирования ПНЯ остается неизвестной. В последние десятилетия отмечается тенденция к росту распространенности ПНЯ в популяции – 3,5% по данным последних исследований [1]. Психическая патология тесно переплетена с потерей овариальной функции. Согласно кросс-секционному исследованию, распространенность психопатологической симптоматики среди женщин с ПНЯ составляет 67,2%; среди них у 73,6% реализация психопатологических феноменов происходила перед начальными проявлениями ПНЯ [2]. По данным Xu Y. P. et al., 88% пациенток с ПНЯ подвергались длительным психоэмоциональным нагрузкам непосредственно перед формированием ПНЯ [3]. У женщин с овариальной недостаточностью в 3,33 раза выше шанс развития тревожного расстройства и в 4,89 раз – депрессивного расстройства [4]. В части случаев тревожно-депрессивная симптоматика при ПНЯ обусловлена потерей репродуктивной функции и снижением либидо, вызванным дефицитом половых гормонов [5]. Стоит отметить, что психопатологические феномены могут выступать в качестве самостоятельного пускового механизма развития ПНЯ путем нарушения регуляции гипоталамо-яичниковой оси, активации сигнальной стрессовой системы, приводящей к избыточной активации ооцитов, апоптозу гранулезных клеток и фолликулярной атрезии в тканях яичника [3].

Целью настоящего исследования являлось изучение структуры психопатологических расстройств среди лиц с ПНЯ, а также оценка клинко-психопатологических и психометрических показателей. В исследование включались женщины, наблюдавшиеся амбулаторно в Научном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова с диагнозом «E28.3 Первичная яичниковая недостаточность». Критериями включения являлись возраст старше 18 лет, наличие информированного добровольного согласия на участие в исследовании. Использовались клинко-психопатологический и клинко-анамнестический методы в виде консилиума с участием психиатра и гинеколога, изучались результаты психометрического обследования, проводимого с использованием шкал стрессовых событий Холмса-Рея (SRRS), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS). Анализ полученных данных производился при помощи методов непараметрической статистики.

По итогам исследования были обследованы 39 женщин с идиопатической формой ПНЯ, а также была сформирована выборка пациентов с ПНЯ и сопутствующей психической патологией (n=25).

1) Инволюционная истеродепрессивная симптоматика (n=9) развивалась по механизму климактерической депрессии с преобладанием конверсионных расстройств (онемение и «покалывание» пальцев рук, ощущение «кома» в горле и пр.), повышенной эмоциональной лабильности. Реализация психопатологических феноменов происходила вслед за начальными проявлениями ПНЯ в среднем через $1,42 \pm 0,5$ месяцев. Данная группа характеризовалась 100% семейной отягощенностью ПНЯ, наступлением ПНЯ в более позднем возрасте (37,0 [34,8; 37,0] лет), а также более выраженной депрессивной симптоматикой.

2) Соматизированная депрессивная симптоматика (n=8) реализовалась по типу реактивной стойкой гипотимии с доминированием соматовегетативных симптомокомплексов и алгического компонента (цефалгии, боли в эпигастрии и т.д.), нарушением сна по типу трудностей засыпания и выраженной астенизацией. У обсуждаемой категории пациентов ПНЯ развивалась после кататимно-значимого стрессового события спустя $5,33 \pm 1,32$ месяцев в возрасте 30,5 [25,8; 36,8] лет, отмечались статистически значимо высокие уровни стрессовых воздействий и выраженность тревоги.

3) Квазипсихотическая симптоматика (n=8) отмечалась катamnестически в виде манифестного приступа непосредственно перед началом ПНЯ и включала в себя диссоциативно-бредовые, аффективные и дисморфоманические расстройства. Угасание овариальной функции происходило после эскалации психического расстройства через $1,83 \pm 0,26$ месяцев в возрасте 24,5 [14,8; 32,8] лет; обращает на себя внимание 100% семейная психопатологическая отягощенность и меньшая представленность тревожно-депрессивной симптоматики в клинической картине.

Несмотря на то, что малый объем выборки не позволяет экстраполировать данные на общую популяцию, полученные результаты демонстрируют гетерогенность структуры психической патологии, регистрируемой у пациентов с ПНЯ. Данная категория пациентов должна наблюдаться полипрофессиональной бригадой, включающей в себя гинеколога, эндокринолога и психиатра.

Литература

1. Li M. et al. The global prevalence of premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis //Climacteric. – 2023. – Т. 26. – №. 2. – С. 95-102.
2. Sun J. et al. Chronic and cumulative adverse life events in women with primary ovarian insufficiency: an exploratory qualitative study //Frontiers in Endocrinology. – 2022. – Т. 13. – С. 856044.
3. Xu Y. P. et al. Psychological stressors involved in the pathogenesis of premature ovarian insufficiency and potential intervention measures //Gynecological Endocrinology. – 2024. – Т. 40. – №. 1. – С. 2360085.
4. Xi D. et al. The risk of depressive and anxiety symptoms in women with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis //Archives of Women's Mental Health. – 2023. – Т. 26. – №. 1. – С. 1-10.
5. Schmidt P. J. et al. Depression in women with spontaneous 46, XX primary ovarian insufficiency //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2011. – Т. 96. – №. 2. – С. E278-E287.

Ожирение в детско-подростковом возрастном аспекте: коморбидность с патологией развития и психическими нарушениями

Кочерева Е.Д.¹, Самушия М.А.², Титова В.В.³

¹*Аспирант кафедры психиатрии*

²*д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии*

³*к.м.н., доцент кафедры психиатрии*

г. Москва

*ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия УДП РФ
e.kochereva@gmail.com*

Актуальность.

Ожирение представляет собой сложное мультифакторное заболевание, распространенность которого достигает уровня неинфекционной пандемии, в том числе в детско-подростковой возрастной группе. Так, в 1990 году ожирением страдали 2% детей и подростков, к 2022 году же этот показатель составил 8% (World Health Organization, 2024). Избыточная масса тела сопровождается множественными сопутствующими нарушениями – атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, варикозное расширение вен и пр.. Помимо разнообразных соматических нарушений, согласно ряду исследований, среди пациентов с ожирением высокая коморбидность характерна и для психических расстройств. Многочисленные исследования указывают на большую распространенность и выраженность психопатологической симптоматики среди детей и подростков с избыточным весом в сравнении с контрольными группами, однако оценка истинной распространенности затруднительна и колеблется в широких пределах.

Согласно данным современных исследований, нозологическая структура психической патологии пациентов с избыточным весом и ожирением, преимущественно представлена расстройствами тревожного и аффективного спектров. Так, по данным исследований, симптомы депрессии обнаруживаются у 24,3-50% детей и подростков с ожирением, на долю тревожных же расстройств приходится 31,3-39,8% (Wang S. et al., 2019).

Цели и задачи. Изучение распространенности психической патологии среди пациентов детско-подросткового возраста с установленными диагнозами ожирение/последствия избыточного питания, с определением нозологической структуры диагностированных расстройств.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы данные медицинской документации пациентов, амбулаторно наблюдающихся в Детском Медицинском Центре Управления делами Президента РФ (ГБУ ДМЦ УДП РФ) в период с 2019 по 2025 год с диагнозами E66.01, E66.02, E66.03 (Ожирение I, II и III степени соответственно) и E68 (Последствия избыточного питания) (n=240). Оценка нозологической структуры психической патологии проводилась на основе заключений специалистов в соответствии с критериями МКБ-10, отраженных в медицинской документации. Возраст начала набора веса анализировался в соответствии с возрастной периодизацией детей и подростков на: ранний детский возраст (от 1 года до 2 лет 11 месяцев), дошкольный возраст (с 3 лет до 6), младший школьный возраст (с 7 лет до 11) и старший школьный возраст (с 12 до 18 лет). Предварительная оценка соматической отягощенности проводилась на основании анализа показателей групп здоровья, установленных в ходе комплексной оценки соматического статуса ребенка по итогам последней проведенной в период проведения исследования ежегодной диспансеризации. Обработка полученных результатов проводилась методом статистического анализа с вычислением абсолютных значений и процентного соотношения величин.

Результаты и обсуждение. В период с 2019 по 2025 год в условиях ДМЦ УДП РФ на амбулаторном наблюдении состояло 14525 детей. На активном наблюдении эндокринолога по диагнозам E66.(01-03), E68, по данным медицинской документации, состояло 909 пациентов (6,25% от общего числа). Распространенность психической патологии в общей выборке за указанный период составила 11,75% (1706 пациентов), в то время как среди

пациентов с лишним весом – 26,4% (240 пациентов). Лишний вес чаще фиксировался у пациентов мужского пола как без установленной психической патологии, так и у лиц, наблюдающихся у врача психиатра (58,74% и 62,5% соответственно). Возраст впервые зафиксированного набора веса с установлением первичного диагноза врачом-эндокринологом в группе детей с избыточным весом в отсутствие диагностированной психической патологии распределялся следующим образом: ранний детский возраст 0,9% (n=6), дошкольный возраст 13,3% (n=89), младший школьный возраст 63,38% (n=424), старший школьный возраст 22,42% (n=150). В то же время в группе пациентов с лишним весом и установленной сопутствующей психической патологией распределение по возрасту впервые зафиксированного в медицинской документации набора веса значительно отличалось: ранний детский возраст в группе представлен не был, на долю дошкольного возраста приходилось 9,58% (n=23), младшего школьного возраста 45% (n=108), старшего школьного возраста же - 45,42% (n=109). По данным об итоговых группах здоровья пациентов, II группа здоровья была установлена в 33,18% случаев в группе пациентов с избыточным весом вне установленной психической патологии против 13,75% в группе активного наблюдения врача-психиатра; III – 65,92% против 77,92%; IV – 0,3% против 3,75% V- 0,6 против 4,58% соответственно.

На основании данных медицинской документации, в связи с гетерогенностью представленной психической патологии, были выделены ведущие блоки диагностированных, согласно критериям МКБ-10, расстройств:

- Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98) – 46,67% (n=156)
- Расстройства психологического (психического) развития (F80-F89) - 33,33% (n=80)
- Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40 –F49) - 20,83% (n=50)

В структуре каждого блока обращает внимание высокий удельный вес неуточненных диагнозов, предполагающих полиморфную мозаичную клиническую картину, которая не соответствует критериям иных нозологических единиц.

Выводы. Несмотря на ряд ограничений, свойственных ретроспективным исследованиям, в первую очередь – высокую вероятность ошибки в данных, полученных в ходе анализа медицинской документации пациентов, обращает внимание не только гетерогенность выявляемой психической патологии, но и высокий удельный вес диагнозов, верификация которых с нозологических позиций затруднительна. Дальнейшие работы, направленные на уточнение психопатологической структуры расстройств, представленных в группе пациентов детско-подросткового возраста с лишним весом и ожирением, позволят усовершенствовать подходы к их своевременной диагностике и назначению адекватной фармакотерапии.

Литература:

1. Stunkard A., Faith M., Allison K. Depression and obesity // Biological Psychiatry. 2003. Vol. 54. № 3. P. 330—337. DOI:10.1016/S0006-3223(03)00608-5
2. Флитман Е. Д. и др. Ожирение и депрессия у детей и подростков: проблема коморбидности и профилактики //Консультативная психология и психотерапия. – 2024. – Т. 32. – №. 3. – С. 8-27.
3. Wang S. et al. The prevalence of depression and anxiety symptoms among overweight/obese and non-overweight/non-obese children/adolescents in China: a systematic review and meta-analysis //International journal of environmental research and public health. – 2019. – Т. 16. – №. 3. – С. 340.

Корреляция аффекта и проявлений панического расстройства у пациентов с коморбидным биполярным аффективным расстройством

Куликова В.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва, Россия

E-mai:v.kulicova@yandex.ru

Актуальность изучения взаимосвязи проявлений биполярного аффективного расстройства (БАР) и панического расстройства (ПР) определяется высокой коморбидностью двух этих заболеваний [1, 2]. Их совместное протекание у конкретного пациента затрудняет постановку верного диагноза, что обусловлено совпадением некоторых симптомов этих расстройств [3]. Коморбидность ПР и БАР является не только предметом научной дискуссии, но и ставит сложные терапевтические задачи перед клиницистами. Поскольку «золотым» стандартом лечения ПР признаны антидепрессанты, неоправданное их использование у пациентов с недиагностированным сопутствующим БАР или предрасположенностью к развитию расстройств биполярного спектра, может повлечь за собой инверсию аффективной фазы [4,5]. Вместе с этим коморбидность БАР и ПР часто ассоциируется с тенденцией к развитию смешанных фаз, а также быстроциклического или непрерывного течения аффективной патологии [2], что нередко обуславливает терапевтическую резистентность подобных состояний [4]. Таким образом, отсутствие единого мнения в отношении взаимного влияния коморбидно протекающих БАР и ПР, а также терапии этих заболеваний [5,6], определяет актуальность данной проблемы и дает основания для проведения соответствующего исследования.

Цель: анализ и разработка устойчивых клинико-психопатологических моделей созависимости коморбидно протекающих биполярного аффективного и панического расстройств с учётом преморбидного профиля пациентов когорты.

Материалы и методы: исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (и.о. директора – д.м.н. Ю.А. Чайка) в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – проф. Бархатова А.Н.)

Критерии включения:

1. Наличие у пациента верифицированного диагноза БАР и присутствие симптомов ПР в настоящее время или в прошлом,
2. Диагностические рубрики: биполярное аффективное расстройство (F31.0-F31.6), паническое расстройство (F41.0),
3. Возраст от 18 до 55 лет,
4. Подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии не включения:

1. Возраст пациента на момент обследования до 18 лет и свыше 55 лет;
2. Аффективные состояния в рамках иных форм психической патологии;
3. Злоупотребление алкоголем или ПАВ;
4. Актуальная острая или хроническая соматическая или неврологическая патология в стадии обострения.

Материалом настоящей работы послужили данные проведенного клинико-психопатологического исследования 42 пациента (25 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст - 33.5 ± 15.5 лет) с коморбидно протекающими БАР (F31.0-F31.6) и ПР F41.0, проходивших амбулаторное и стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ за 2022-2025 гг.

Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический.

Результаты: На основании полученных данных выявлено 2 паттерна коморбидности БАР и ПР. Первый паттерн наблюдался у 54.3% больных (22 человека) и был представлен параллельным течением БАР и ПР, при котором ПА возникают вне зависимости от аффективной фазы, как правило, провоцируются триггерными ситуациями с дальнейшим

формированием избегающего поведения, имеют выраженный идеаторный компонент, представленный витальным страхом. Преморбидно пациенты из данной группы имели выраженные личностные тревожные черты в рамках акцентуации или расстройства личности из круга сенситивных шизоидов, тревожно-мнительных или ананкастных личностей). Второй паттерн отмечался у 45.7% выборки (20 человек) и характеризовался появлением симптомов панического расстройства преимущественно в структуре смешанных и гипотимических аффективных фаз. Этому типу взаимовлияния ПР и БАР была свойственна зависимость выраженности и частоты возникновения ПА от тяжести аффекта, преобладание вегетативного компонента в структуре приступов паники, редукция тревожно-фобической симптоматики по мере стабилизации аффективного фона.

Заключение: выявлено, что взаимосвязь между ПР и БАР может реализовываться по различным клиническим сценариям, каждый из которых обусловлен определенным механизмом и детерминирован преморбидными особенностями. Дальнейшее исследование данной темы позволит выявить больше закономерностей взаимовлияния аффекта и проявлений тревоги и предикторов утяжеления обоих расстройств, а также разработать оптимальные терапевтические подходы к лечению пациентов этой когорты.

Литература

1. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В., Бохан Н.А. Биполярное аффективное расстройство: коморбидность с другими психическими нарушениями. ПСИХИАТРИЯ. 2021;19(3):15-21.
2. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. Psychol Med. 1997 Sep;27(5):1079-89.
3. Preti, A., Vrublevska, J., Veroniki, A. A., Huedo-Medina, T. B., Kyriazis, O., & Fountoulakis, K. N. (2018, May 1). Prevalence and treatment of panic disorder in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. Evidence-Based Mental Health. BMJ Publishing Group.
4. Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. Annals of Family Medicine, 7(4), 357–363.
5. Preti, A., Vrublevska, J., Veroniki, A. A., Huedo-Medina, T. B., Kyriazis, O., & Fountoulakis, K. N. (2018, May 1). Prevalence and treatment of panic disorder in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. Evidence-Based Mental Health. BMJ Publishing Group.
6. Perugi, G., & Toni, C. (2012). Comorbidity between panic-disorder and bipolar disorder. Journal of Psychopathology, 18(1), 75–81.

Мониторинга сна у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии

Ларин М.Д.

Клинический ординатор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Москва, Россия

E-mail: Spooook2@yandex.ru

Нарушения сна у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – распространенная проблема, с которой сталкиваются клиницисты. Качественный сон является неотъемлемым компонентом выздоровления и стоит на одной ступени с медикаментозным лечением, адекватным питанием и реабилитацией, что в совокупности способствует скорейшему выздоровлению пациента, снижает вероятность развития делирия, как результат - сокращаются сроки нахождения больного в ОРИТ и затраты на лечение [1,2]. Известно, что у пациентов в ОРИТ часто развивается диссомния - сон сильно фрагментирован, регистрируются частые эпизоды пробуждения, почти половина всего времени сна приходится на дневные часы. Пациенты в отделении ОРИТ проводят много времени в стадии поверхностного сна и очень мало времени в стадиях глубокого сна и быстрого сна. Множество факторов способствуют развитию диссомнии, в том числе со стороны пациента (возраст, тяжесть состояния, коморбидные заболевания, боль), факторы окружающей среды (свет, шум, «ночная работа в палате») и лечение (например, звук от аппаратов искусственной вентиляции легких (ИВЛ), заместительной почечной терапии, перфузоров, аппаратов для мониторинга витальных функций). Недостаток сна влияет как на физиологическое восстановление, так и на психологические последствия у больных ОРИТ [2,3].

Оценка сна у пациентов ОРИТ чрезвычайно сложна и сопряжена с определенными препятствиями для исследования, такими как: проведение седации, наличие болевого синдрома и исходного неврологического дефицита, развитие органной дисфункции. Все вышеперечисленное может напрямую влиять на качество сна. По этой причине не существует общепринятого “золотого стандарта”, позволяющего характеризовать состояние сна у больных ОРИТ [4,5,6].

Актиграфия – неинвазивная сенсорная технология, позволяющая в условиях ОРИТ оценивать качество сна как у терапевтических, так и хирургических пациентов. Эта методика не требует специальной подготовки и позволяет оценивать данные о сне в течение длительного времени. Безусловно, актиграфия не является «золотым стандартом», позволяющим характеризовать все фазы сна у пациентов ОРИТ. Однако, дополнение актиграфии балльными оценками дневной сонливости и опросом характера засыпания позволяет составить представление о качестве сна у больных, находящихся в ОРИТ. Проведённое нами исследование показало возможность мониторинга качества сна у пациентов ОРИТ. Полученные данные позволяют проводить профилактику и коррекцию диссомнии у больных ОРИТ, что снижает риск возникновения ПИТ синдрома (синдром последствий интенсивной терапии).

Литература

1. Elías M.N. Assessment and Monitoring of Sleep in the Intensive Care Unit. Crit Care Nurs Clin North Am. 2021;33(2):109-119. doi: 10.1016/j.cnc.2021.01.008.
2. Lee EY, Wilcox ME. Sleep in the intensive care unit. Curr Opin Pulm Med. 2022 Nov 1;28(6):515-521. doi: 10.1097/MCP.0000000000000912. Epub 2022 Sep 14. PMID: 36101905.
3. Kapoor I, Prabhakar H. Can the bispectral index be a monitor for assessing sleep quality in critically ill patients? Indian Journal of Critical Medicine. 2023. November; 27 (11): 782-783. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24561.
4. van der Hoeven AE, Bijlenga D, van der Hoeven E, Schinkelshoek MS, Hiemstra FW, Kervezee L, van Westerloo DJ, Fronczek R, Lammers GJ. Sleep in the intensive and intermediate

care units: Exploring related factors of delirium, benzodiazepine use and mortality. *Intensive Crit Care Nurs.* 2024 Apr;81:103603. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103603. Epub 2024 Jan 3. PMID: 38171236.

5. Boyko Yu., Jannum P., Nikolic M., Holst R., Erding H., Toft P. Sleep in the intensive care unit: the role of the environment. *J Crit Care.* February 2017; 37: 99-105. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.09.005

6. Lewis SR, Pritchard MW, Schofield-Robinson OJ, Alderson P, Smith AF. Melatonin for the promotion of sleep in adults in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 10;5(5):CD012455. doi: 10.1002/14651858.CD012455.

Клинико-генетическая архитектура ДКМП у пациентов, поступивших с декомпенсацией ХСН

**Легкова К.С.¹, Медведева А.Н.², Смирнов Д.А.¹, Боровикова И.И.³, Замятин В.И.⁴,
Охрименко Г.С.⁴**

Врач-терапевт, гастроэнтеролог

ГБУЗ «ГКБ №29 им. Н. Э. Баумана ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация¹

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами

Президента Российской Федерации

*Кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии
Москва, Россия²*

МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация³

ФГАО УВО НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Российская Федерация⁴

E-mail: IGNATOVAKRIS71@MAIL.RU

Введение: дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) представляет собой гетерогенный фенотип, обусловленный различными этиологическими факторами, включающими как генетические, так и приобретенные нарушения, является одной из наиболее распространенных причин хронической сердечной недостаточности (ХСН) после ишемической болезни сердца, а также лидирует среди причин для направления на трансплантацию сердца [1]. Однако, до настоящего времени реальная частота встречаемости ДКМП, и распространенность носительства неблагоприятного генотипа в нашей стране неизвестна.

Цель: исследование частоты встречаемости и генетической архитектуры ДКМП, среди больных (б-ных) с промежуточной и низкой фракцией выброса (ФВ), в рутинной практике скоропомощного стационара.

Материалы и методы: обследовано 783 б-ных (с мая 2023 года по август 2024 года), с фракцией выброса (ФВ) менее 50%, поступившие в стационар, с декомпенсацией ХСН. Оценивались клинико-инструментальные параметры, характеризующие выраженность ХСН, и позволившие исключить ишемический генез заболевания. Полногеномное секвенирование образцов крови проводилось ООО «Биотек кампус», с использованием технологии DNBSEQ. Для статистической обработки данных использовали стандартный пакет Excel и SPSS.

Результаты: из 783 б-ных у 130 (16,5%) выявлена ДКМП, из них мужчин в пять раз больше, чем женщин (110vs20), средний возраст 55,9±13,70. При первичной клинической оценке: 61(46,5%) ДКМП развилась без провоцирующих факторов, 22 (17,5%) с дебютом симптомов после перенесенной инфекции, 43 (33,4%) манифестировала на фоне интоксикации (алкогольной или ассоциированной с полихимиотерапией), 1 (0,8%) - тиреотоксикоза, 1 (0,8%) - после родов. Семейный анамнез ДКМП был у 2 (1,5%) б-ных. Средняя ФВ составила 29,5±9,60 % (у 111 ФВ<40%). Средний уровень натрийуретического пептида - 464,5±502,90, NT-про-BNP - 6463±8027,90. Квадротерапию получали 99 (77%) б-ных. Средний срок наблюдения 0,82±0,416 лет, скончалось 19 (14,7%) б-ных, повторно госпитализированы с декомпенсацией ХСН - 24 (18,6%). При полногеномном секвенировании образцов крови выявлено 27 мутаций в 16 генах (*TNNT2*, *ALMS1*, *OBSCN*, *TTN*, *FPGT-TNNI3K*, *SCN5A*, *SLC22A5*, *HFE*, *SYNE1*, *GATA4*, *MYBPC3*, *ABCC9*, *MYH6*, *DMD*, *GAA*, *SPEG*) у 31 (24%) больного. Из них у 9 (21%) б-ных ДКМП манифестировала на фоне интоксикации, 15 (25%) – б-ных развилась без участия дополнительных факторов, 6 (27%) - после перенесенной инфекции, 1 б-ная после вторых родов. Выявлено 11 патогенных мутаций в гене *TTN*, что составило 35% от общего числа и соответствует данным мировой литературы [2,3]. Носительство более одного патогенного варианта - у трех б-ных: у 1-го (на фоне интоксикации) обнаружено два патогенных варианта: *TTN* Chr2:178535508:G:A (P); *ALMS1* Chr2:73424624:ATG:A (LP). У 1-го (на фоне полного здоровья) - два патогенных варианта: *SCN5A* Chr3:38586038:G:A(LP), *TNNI3K*

Chr1:74464686:C:CT (LP). Один б-ной (после перенесенной вирусной инфекции) – два патогенных варианта: *ABCC9* Chr12:21805251:C:CA (LP); *ABCC9* Chr12:21805253:A:T (P). Выводы: таким образом, из общего количества больных, поступивших в стационар в связи с декомпенсацией ХСН, со сниженной ФВ ДКМП встречается в 17% случаев. Четверть из них являются носителями патогенных и вероятно патогенных вариантов, триггером манифестации заболевания может служить интоксикация, перенесенная инфекция или беременность, но в 25% случаев развивается без участия дополнительных факторов.

Литература

1. Arbelo E, Protonotarios A, Gimeno JR, Arbustini E, Barriales-Villa R, Basso C, Bezzina CR, Biagini E, Blom NA, de Boer RA, De Winter T, Elliott PM, Flather M, Garcia-Pavia P, Haugaa KH, Ingles J, Jurcut RO, Klaassen S, Limongelli G, Loeys B, Mogensen J, Olivotto I, Pantazis A, Sharma S, Van Tintelen JP, Ware JS, Kaski JP; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. *Eur Heart J*. 2023 Oct 1;44(37):3503-3626. doi: 10.1093/eurheartj/ehad194. PMID: 37622657.
2. Xiao L, Li C, Sun Y, Chen Y, Wei H, Hu D, Yu T, Li X, Jin L, Shi L, Marian AJ, Wang DW. Clinical Significance of Variants in the *TTN* Gene in a Large Cohort of Patients With Sporadic Dilated Cardiomyopathy // *Front Cardiovasc Med*. 2021
3. Marstrand P, Picard K, Lakdawala NK. Second Hits in Dilated Cardiomyopathy. *Curr Cardiol Rep*. 2020 Jan 24;22(2): c. 8.

Роль эластографии в диагностике рабдомиолиза: взаимосвязь показателей скорости сдвиговой волны и лабораторных показателей

Лозовский В.В.¹, Семенев С.А.¹, Гаранкин Н.А.², Поткин С.Б.³, Зубарев А.В.⁴

¹ Ординатор

² Ассистент

³ Доцент, к.м.н.

⁴ 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: semensemeneev17@gmail.com

Актуальность

Рабдомиолиз – синдром, характеризующийся массивным повреждением скелетных мышц с высвобождением миоглобина, креатинкиназы (КК) и других внутриклеточных компонентов, что может привести к острому повреждению почек [1]. Эластография сдвиговой волны позволяет на ранних стадиях оценить жесткость мышечной ткани и может стать новым неинвазивным методом диагностики и мониторинга степени повреждения [3, 4].

Цель

Изучить взаимосвязь показателей скорости сдвиговой волны с клинико-лабораторными маркерами рабдомиолиза (КФК, миоглобин) для объективной оценки жесткости и степени повреждения мышечной ткани.

Материалы и методы

Использованы данные 97 пациентов в возрасте от 29 до 94 лет с клинико-лабораторной картиной рабдомиолиза. Исследование проводилось на 2 ультразвуковых аппаратах экспертного класса – Siemens ACUSON s2000 и Canon Aplio i800 с расчётом значений скорости сдвиговой волны. Далее проводили статистический анализ корреляции между полученными значениями скорости сдвиговой волны и лабораторными данными.

Результат

Уровень КФК плазмы крови у пациентов с рабдомиолизом составлял от 1018 до 30594 МЕ/л; средний уровень КФК плазмы исследованных пациентов составлял 3869 МЕ/л. Уровень миоглобина плазмы крови у пациентов с рабдомиолизом составлял от 114 до 9618 нг/мл; средний уровень миоглобина составлял 1986 нг/мл. Значение скорости сдвиговой волны полученные на аппарате Siemens ACUSON s2000 варьировало от 0,72 м/с до 1,79 м/с; среднее значение составило 1,12 м/с. Значение скорости сдвиговой волны на аппарате Canon Aplio i800 варьировало от 0,85 м/с до 1,62 м/с; среднее значение составило 1,08 м/с. При проведении статистического анализа была выявлена значимая умеренная обратная связь между концентрацией КФК плазмы крови и значениями скорости сдвиговой волны, полученным на аппарате Canon Aplio i800 и Siemens ACUSON s2000. Не было установлено значимой связи между значениями скорости сдвиговой волны, полученными на аппарате Canon Aplio i800 и Siemens ACUSON s2000 с концентрацией миоглобина плазмы крови.

Выводы

Показатели скорости сдвиговой волны коррелируют с уровнем креатинкиназы, что позволяет использовать эластографию для неинвазивной оценки изменений жесткости мышц [3]. Однако отсутствие связи с миоглобином требует дальнейших исследований. Метод перспективен для ранней диагностики и контроля терапии [4].

Литература

1. Борисов А.Г. и др. Нетравматический рабдомиолиз как причина острого повреждения почек // Нефрология. — 2019. — Т. 23. — № 5. — С. 44–45.
2. Емельянцева А.А. и др. Клинический случай острого постнагрузочного рабдомиолиза верхних конечностей // Радиология-практика. — 2019. — № 6. — С. 103–114.

3. Boon A.J. et al. Diagnostic accuracy of gray scale muscle ultrasound screening for pediatric neuromuscular disease // *Muscle & Nerve*. — 2021. — Vol. 64. — № 1. — P. 50–58. DOI: 10.1002/mus.27345
4. Bäcker H.C. et al. Exertional rhabdomyolysis and causes of elevation of creatine kinase // *The Physician and Sportsmedicine*. — 2020. — Vol. 48. — № 2. — P. 179–185. DOI: 10.1080/00913847.2020.1744485

Ультразвуковое исследование подкожной жировой клетчатки датчиками с высокой частотой сканирования

Лозовский В.В.¹, Семенев С.А.¹, Поткин С.Б.², Зубарев А.В.³

¹ *Ординатор*

² *Доцент, к.м.н.*

³ *Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор*

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

E-mail: semensemeneev17@gmail.com

Актуальность

Высокочастотные датчики позволяют достоверно отграничить слои кожи, что имеет решающее значение в визуализации и анализе кожных и подкожных образований. Возможность достоверного отграничения подкожной жировой клетчатки позволит увеличить диагностические возможности и упростить контроль лечения заболеваний, проявляющихся поражением и изменением анатомического строения данной структуры.

Цель

Изложение принципов высокочастотного ультразвукового исследования кожи лица, а также определение нормальной ультразвуковой анатомии подкожной жировой клетчатки с использованием современных ультразвуковых датчиков.

Материалы и методы

Использованы данные о структуре подкожной жировой клетчатки в выборке из 36 пациентов (4 (11%) мужчин и 32 (89%) женщин), полученные с применением ультразвуковых систем экспертного класса двух производителей: Canon (высокочастотными датчиками i18LX5 и i24LX8) и Esaote (высокочастотными датчиками LA435 и SL3116).

У пациентов, добавленных в выборку отсутствовали жалобы по состоянию собственной кожи и отсутствовали данные за инвазивные косметологические вмешательства в анамнезе.

Результат

В ходе мультимодального ультразвукового исследования (с использованием датчиков с частотой 6,0-18,0 МГц, 5,0-18,0 МГц, 10,0-22,0 МГц и 8,8-24,0 МГц) в серошкальном режиме подкожная жировая клетчатка (ПЖК) визуализировалась как слой с преимущественно пониженной эхогенностью, расположенный под дермальным слоем. В структуре этого слоя были обнаружены тонкие линейные гиперэхогенные включения, представляющие собой соединительнотканые фиброзные тяжи, между которыми находились скопления адипоцитов.

Важно отметить, что достоверные границы для измерения толщины ПЖК были видны только в 598 случаях (59,3%, n=1008); в остальных случаях дистальная граница (представленная надкостницей) не визуализировалась достоверно, что затрудняло проведение точных измерений.

В области носа подкожная жировая клетчатка не визуализировалась достоверно (измерения проводились над хрящевой частью, где слой ПЖК наиболее тонкий). Примечательно, что при использовании датчиков с максимальной частотой 18,0 МГц толщина ПЖК была измерена во всех случаях. Однако применение датчика с максимальной частотой 22,0 МГц не позволяло достоверно определить толщину ПЖК во всех измерениях, как и использование датчика с частотой 24,0 МГц. При этом возможность измерения толщины ПЖК в различных областях лица практически не зависела от толщины других слоев кожи.

Увеличение толщины подкожной жировой клетчатки (ПЖК) влияет на возможность её оценки с помощью высокочастотных датчиков. Для приблизительного определения толщины ПЖК, при которой дистальная граница этого слоя достоверно визуализируется с

использованием датчика с максимальной частотой 24,0 МГц, было предложено среднее значение толщины ПЖК, полученное в области носогубной складки, равное $11,99 \pm 2,29$ мм.

Выводы

Метод ультразвукового исследования кожи, в сочетании с различными программами, такими как цветное доплеровское картирование и компрессионная эластография, может служить одним из самых доступных и быстрых способов изучения структурного строения и возможной патологии подкожной жировой клетчатке в дерматологии и других медицинских областях.

Литература

1. Зубарев А.В. Новая эра высокочастотного ультразвука (18-24 МГц) в дерматологии и косметологии. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2020;1:5-11.
2. Круглова Л.С., Иконникова Е.В., Поткин С.Б., Бородаенко П.А., Павлова А.В., Павлов М.А., Копылова А.С., Зубарев А.В. Возможности высокочастотных ультразвуковых датчиков для исследования эпидермального слоя кожи. Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2023;1:28–32
3. Wortsman X. Ultrasound in Dermatology: Why, How, and When? Semin Ultrasound CT MR 2013; 34(3): 177-95. doi: 10.1053/j. sult.2012.10.001
4. Barcaui E.O., Carvalho A.C.P, Piñeiro-Maceira J., Barcaui C.B. Combined high-frequency and Doppler ultrasound in early diagnosis of atrophoderma of Pasini and Pierini. An Bras Dermatol. 2016; 91(3): 262-73. doi: 10.1590/abd1806-4841.20198112
5. Wortsman X. Atlas of Dermatologic Ultrasound, Springer. Springer International Publishing AG; 2018. p. 367. In Russian.
6. Kaplan V., Bolte C., Sazunic I., Wortsman X. Ultrasound Morphology of Stiff Skin Syndrome with Clinical and Histological Correlation. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2019; 110(3): 247-248. doi: 10.1016/j.ad.2017.12.016.

Возможности высокочастотного ультразвукового исследования кожи после контурной инъекционной пластики

Лозовский В.В.¹, Семенев С.А.¹, Поткин С.Б.², Зубарев А.В.³

¹ *Ординатор*

² *Доцент, к.м.н.*

³ *Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор*

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Москва, Российская Федерация

E-mail: semensemeneev17@gmail.com

Актуальность

Рост числа косметологических процедур, включая контурную инъекционную пластику (КИП) филлерами, сопровождается увеличением осложнений (гиперкоррекция, миграция наполнителя, гранулемы, сосудистые нарушения). Традиционные методы диагностики (МРТ, КТ) имеют ограничения: лучевая нагрузка, высокая стоимость, низкая доступность. Высокочастотное ультразвуковое исследование (ВЧУЗИ) с датчиками 18–24 МГц позволяет визуализировать слои кожи и мягких тканей с разрешением до 70 мкм, что делает его перспективным инструментом для контроля биodeградации филлеров и диагностики осложнений [1, 2, 6].

Цель

Разработка алгоритма мультипараметрического ВЧУЗИ для оценки распределения, биodeградации филлеров и диагностики осложнений.

Материалы и методы

В исследование включены данные высокочастотного мультипараметрического исследования 163 пациентов (36 – контрольная группа без КИП, 72 – после КИП без осложнений, 55 – с осложнениями), полученные с применением ультразвуковых систем экспертного класса двух производителей: Canon (высокочастотными датчиками i18LX5 и i24LX8) и Esaote (высокочастотными датчиками LA435 и SL3116). В алгоритме мультипараметрического ультразвукового исследования были включены следующие ультразвуковые методики: серошкальный режим, цветное/энергетическое доплеровское картирование, компрессионная эластография, оценка микрокровотока (MicroV, SMI) [6].

Результат

По результатам исследования нормальная анатомия кожи при ВЧУЗИ эпидермальный слой визуализировался как гиперэхогенная полоса (0.11–0.58 мм), дерма – как слоистая структура (1.2–2.3 мм), подкожная жировая клетчатка визуализировалась как гипоехогенный слой с фиброзными перегородками. Режим микрокровотока выявляет капилляры в сосочковом слое дермы, недоступные для стандартного режима цветowego доплеровского сканирования [3].

Были выявлены следующие эхографические признаки филлеров: включения филлеров на основе гиалуроновой кислоты визуализировались как анэхогенные или гипоехогенные включения с четкими контурами. Эхогенные линейные структуры в составе филлера коррелируют с его биodeградацией (через 6–12 мес.) [4, 7]. Филлеры на основе гидроксиапатита кальция визуализировались как гиперэхогенные участки с акустической тенью. Филлеры на основе полимолочной кислоты визуализировались как участки локального повышения эхогенности тканей без четких границ.

Для диагностика осложнений после КИП важен мультипараметрический подход при проведении ультразвукового исследования. Это позволяет выявить состояния гиперкоррекции филлером (введение избыточного объема филлера (например, более 1.5 мл в проекции скуловой области и т.д.); наличие гранул (определялись как гипоехогенные участки с гиперваскуляризацией (чувствительность эластографии – 89%, специфичность –

94%); различные сосудистые нарушения (например, отсутствие кровотока в артериях при эмболизации (выявляется в 100% случаев при использовании MicroV) и иные осложнения [5, 8].

Информативность ВЧУЗИ в контроле биodeградации филлеров: скорость биodeградации филлеров на основе гиалуроновой кислоты варьирует от 2,69% до 22,68% в месяц (зависит от плотности филлера) [4, 7].

Выводы

ВЧУЗИ с датчиками 18–24 МГц позволяет дифференцировать филлеры по экзогенности, оценивать их распределение и динамику биodeградации. Комплексное применение доплеровских методик и эластографии повышает точность диагностики осложнений на 25–30% [6, 8]. Оптимизированный алгоритм ВЧУЗИ рекомендован для использования в клинической практике.

Литература

1. Зубарев А.В. Новая эра высокочастотного ультразвука (18–24 МГц) в дерматологии и косметологии // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2020. — № 1. — С. 5–11.
2. Поткин С.Б. Оптимизация методов высокочастотного ультразвукового исследования кожи и мягких тканей после контурной инъекционной пластики: дис. ... канд. мед. наук. — М.: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского», 2022. — 210 с.
3. Круглова Л.С., Иконникова Е.В., Поткин С.Б. [и др.] Возможности высокочастотных ультразвуковых датчиков для исследования эпидермального слоя кожи // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. — 2023. — № 1. — С. 28–32.
4. Wortsman X. Dermatology Ultrasound // Clin. Dermatol. — 2021. — Vol. 39, № 2. — P. 100–110.
5. Urdiales-Galvez F. Complications of Fillers: Classification and Management // Aesthet. Surg. J. — 2020. — Vol. 40, № 5. — P. 123–135.
6. Mlosek R.K. High-frequency ultrasound in cosmetic dermatology // J. Ultrason. — 2018. — Vol. 18, № 74. — P. 200–207.
7. De Boule K. Hyaluronic Acid Fillers: A Review of Properties and Applications // Dermatol. Surg. — 2021. — Vol. 47, № 3. — P. 321–328.
8. Park T.H. Ultrasound-guided Hyaluronidase Injection for Filler Complications // Plast. Reconstr. Surg. — 2019. — Vol. 143, № 4. — P. 779–785.

Особенности эндоскопической отофарингохирургии у детей, получающих иммуносупрессивное лечение.

Обухова Н.Е.

Ординатор кафедры оториноларингологии

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Москва, Российская Федерация

E-mail: n.obukowa2012@yandex.ru

Ревматические заболевания – гетерогенная группа болезней, которая включает в себя: аутоиммунные заболевания и аутоиммунные воспалительные синдромы. Самой частой патологией среди ревматических детских заболеваний является Ювенильный ревматоидный артрит [1]. Основными группами лекарственных средств для лечения ревматических заболеваний у детей являются различные виды иммуносупрессивных препаратов. На сегодняшний день лидирующее место среди них занимают генно-инженерные биологические препараты, которые произвели революцию в лечении ревматических заболеваний. Ювенильный ревматоидный артрит и иммуносупрессивная терапия являются предикторами развития хронических оториноларингологических заболеваний, в том числе рецидивирующих средних отитов, сочетающихся с дисфункцией слуховой трубы, и их осложнений [2]. Примером хронической ЛОР-патологии у детей с ЮИА является эпидермизация (ателектаз) барабанной полости. Хирургическое лечение эпидермизации барабанной полости основано на восстановлении вентиляции полостей среднего уха на фоне стойкой дисфункции слуховой трубы. Основную роль при этом играет создание неотимпанального лоскута из аутоканей [3]. Однако использование трансплантатов при хирургических вмешательствах на ухе у детей с ювенильным ревматоидным артритом, принимающих иммуносупрессивную терапию, часто оказывается недостаточно успешным [4].

Целью нашего исследования является разработка малоинвазивных, низкорезидивных техник хирургического вмешательства при ателектазе барабанной полости у детей с ЮИА, получающих иммуносупрессивную терапию. В представленных клинических случаях подробно описана разница в тактике хирургического лечения при подозрении на ателектаз барабанной полости у детей с сопутствующей ревматической патологией. В том случае, когда мы наблюдаем участки похожие на ателектаз барабанной полости, во время хирургического вмешательства необходимо обязательно произвести их ревизию в процессе отсепаровки тимпаномеатального лоскута во избежание образования холестеатомы. В случае, когда при катетеризации барабанной полости мы видим полное расправление грыжи и отсутствие участков ателектаза, спаянности барабанной перепонки со структурами барабанной полости, мы можем поставить шунт в сохраненные отделы барабанной перепонки и наблюдать в динамике. На данный момент анализ отдаленных результатов применения данных техник, основанный на данных эндоотоскопии позволяет сделать предварительные выводы об эффективности разработанных техник.

Литература

1. Клинические рекомендации: Юношеский артрит с системным началом. Разработчик клинической рекомендации: Ассоциация детских ревматологов. 2021.
2. Алексеева Е.И., Ванькова Д.Д., Солошенко М.А., Дворяковская Т.М., Исаева К.Б., Денисова Р.В., Мамутова А.В., Чомахидзе А.М., Маянский Н.А., Ткаченко Н.Е. Вакцинация против пневмококковой инфекции пациентов с системным ювенильным идиопатическим артритом, получающих биологическую терапию: обзор международного опыта. Вопросы современной педиатрии. 2019;18(2):101-108.
3. Iannella G, Pace A, Greco A, De Virgilio A, Croce E, Maniaci A, Lechien JR, Gioacchini FM, Re M, Cammaroto G, Perrone T, Cocuzza S, Magliulo G. Endoscopic ear surgery in the treatment of chronic otitis media with atelectasis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2024 Dec;281(12):6283-6291.

4. Pendolino AL, Unadkat S, Zhang H, Pendolino M, Bianchi G, Randhawa PS, Andrews PJ. The role of surgery in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides affecting the nose and sinuses: A systematic review. SAGE Open Medicine. 2020

Применение стромально-васкулярной фракции в лечении контрактуры Дюпюитрена **Овчинникова Е.К.**

Аспирант кафедры травматологии и ортопедии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации Москва, Россия
E-mail: Katrin21101@mail.ru

Актуальность. Контрактура Дюпюитрена — доброкачественное фибропролиферативное заболевание, которое развивается в ладонной фасции кисти в виде плотных тяжей, узлов, вызывая сгибательные контрактуры, ограничивающие разгибание пораженного пальца. Распространенность патологии согласно систематическому обзору и мета-анализу среди населения западных стран при оценке с 1951 года по 2009 гг. составила 0,2% до 56%. [1] Высокая частота рецидивов после проведенного лечения, прогрессирование заболевания резко снижает качество жизни пациентов, а также трудоспособность.

Цель исследования. Расширение диагностических возможностей и повышение эффективности малоинвазивного лечения контрактуры Дюпюитрена на примере методики подкожной игольчатой апоневротомии с аутотрансплантацией аспирата жировой ткани и стромальной сосудистой фракции.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения травматологии и ортопедии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации. В исследование вошли 101 пациент, оперированные по поводу болезни Дюпюитрена. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа (n=50)- пациентам выполнялась авторская методика комбинированного применения апоневротомии с липофилингом и введением стромально-васкулярной фракции (СВФ). Процентное соотношение мужчин 86% (n=43), женщин 14 % (n=7). Средний возраст пациентов составил 63,7 лет. Вторая группа (n=51)- пациенты, которым была выполнена игольчатая апоневротомия с липофилингом. Из них мужчины составили 80,4% (n=41), женщины – 19,6% (n=10). Средний возраст пациентов 64,18.

Результаты. По результатам исследования были выявлены преимущества и спектр возможностей применения УЗ метода в предоперационной оценке состояния ладонного апоневроза, а также динамики в послеоперационном периоде. Среди динамических характеристик, позволяющих сравнить и объективизировать результаты оперативного лечения, наиболее важными являются толщина и плотность. Длина ладонного апоневроза недостоверный показатель. Ввиду наличия сгибательной деформации не предоставляется возможности измерения длины фиброзных изменений на протяжении всего апоневрозного луча. Параметр эхогенности фиброзного узла при узловой или смешанной формах контрактур позволил оценить «клеточность» узла, что расширяет спектр возможных тактик лечения [2]. Определение локализации и топографии патологического процесса, а также вовлеченность в него анатомических структур на этапе предоперационного планирования, позволяют минимизировать частоту ятрогенных последствий, таких как нарушение целостности сухожилия, сосудисто-нервных пучков.

Применение в малоинвазивной методике СВФ позволило снизить частоту рецидивов до 0% (при периоде наблюдения 2 года от даты оперативного лечения) при сравнении с альтернативной группой (21,6% рецидивов), а также открыло новые возможности в лечении узловой формы заболевания.

Выводы: УЗИ является применяемым для оценки состояния ладонного апоневроза, позволяет повысить безопасность и обеспечивает эффективность малоинвазивного лечения. Введение СВФ в фиброзно измененный апоневроз позволило минимизировать риски рецидива заболевания при выборе метода игольчатой апоневротомии с липофилингом, доказать результативность применения при узловой форме заболевания.

Литература:

1. Lanting R. et al. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of Dupuytren disease in the general population of Western countries //Plastic and reconstructive surgery. – 2014. – Т. 133. – №. 3. – С. 593-603. doi: 10.1097/01.prs.0000438455.37604.0f.
2. Murphey MD, Ruble CM, Tyszkowski SM, Zbojnicki AM, Potter BK, Miettinen M. Musculoskeletal fibromatoses: radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 2009; 29(7):2143 – 2183. <https://doi.org/10.1148/rg.297095138>

Хронический полипозный риносинусит у ребенка с синдромом Корнелия де Ланге.

Описание клинического случая и обзор литературы

Петрова Н.С.¹, Малявина У.С.²

¹*Ординатор кафедры*

²*д.м.н., врач оториноларинголог ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, заведующая лабораторией научных основ оториноларингологии*

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления делами

Президента Российской Федерации

Кафедра оториноларингологии

Москва, Россия

E-mail: hammyterry@yandex.ru

Актуальность. Согласно современным представлениям, хронический полипозный риносинусит (ХПРС) у детей представляет собой хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, основным клиническим проявлением которого, является образование назальных полипов [1]. В настоящий момент согласно зарубежным и отечественным источникам, полипы околоносовых пазух и полости носа у детей встречаются не чаще 0,1% от всей детской популяции, а данные распространенности ХПРС у детей с синдромом Корнелии де Ланге в литературе ограничены [2,3]. Хирургическое лечение ХПРС у детей с данной генетической аномалией представляет определенные трудности в связи с изменениями челюстно-лицевой области, а также наличия сопутствующих врожденных пороков развития других органов.

Цель. Описание изменений со стороны ЛОР-органов у ребенка 8 лет 4 месяцев с подтвержденным редким генетическим синдромом Корнелии де Ланге по данным осмотра ЛОР органов, эндоскопического исследования полости носа, данных компьютерной томографии. Описать основные этапы хирургического лечения. Определить особенности послеоперационного ведения данного пациента.

Материалы и методы. Описан клинический случай хронического полипозного риносинусита у ребенка 8 лет 4 месяцев с редкой генетической аномалией перичентрической инверсии 5-й хромосомы с микроделецией короткого плеча хромосомы 5:5p13.2 (Синдром Корнелии де Ланге). В условиях ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» проведено клиническое обследование ЛОР органов, МСКТ околоносовых пазух, эндоскопическое исследование полости носа, определены показания и проведено плановое оперативное лечение в объеме: удаление новообразования полости носа с использованием видеоэндоскопических технологий и шейвера. Проводилось наблюдение в послеоперационном периоде.

Заключение. Представленный клинический случай описывает редкое сочетание одновременно протекающих заболеваний, где генетическая патология предположительно стала фоном для развития полипов полости носа. Необходимо отметить, что в литературе недостаточное количество данных, описывающих хирургические методы лечения хронического полипозного риносинусита у детей с синдромом Корнелии де Ланге. Но подход в лечении остается комплексным в виде сочетания консервативных методов лечения и хирургических, что позволяет улучшить качество жизни пациентов [4, 5, 6]. Сохраняется неопределенность в вопросах объема проведения оперативного вмешательства у детей, требуется дальнейшее изучение сочетания данных патологий и раскрытие этиологического фактора формирования назального полипоза у пациентов с синдромом Корнелии де Ланге.

Литература

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 Rhinology. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464.

2. Di Cicco, M.E.; Bizzoco, F.; Morelli, E.; Seccia, V.; Ragazzo, V.; Peroni, D.G.; Comberiati, P. Nasal Polyps in Children: The Early Origins of a Challenging Adulthood Condition. *Children* 2021, 8, 997.
3. Caplan IF, Ye M, Pearlman AN. Management of Nasal Polyposis in Pediatric Patients With Cornelia de Lange Syndrome: A Case Series and Literature Review. *Ear Nose Throat J.* 2024 Sep 24;1455613241284153. doi: 10.1177/01455613241284153.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома Корнелии де Ланге, Москва, 2015 г, с 1-27.
5. Roberta Onesimo, Rita De Santis, Chiara Leoni, Mario Rigante, Marco Piastra, Elisabetta Sforza, Angelo Selicorni, Giuseppe Zampino, Nasal polyposis in pediatric patients with Cornelia de Lange syndrome: endoscopic diagnosis, treatment and follow up in two case reports, *Italian Journal of Pediatrics*, 10.1186/s13052-023-01454-3, 49, 1, (2023).
6. Gabrielle N. Deschamps, Cornelia de Lange Syndrome, *Neonatal Network*, 10.1891/NN-2021-0011, 41, 3, (145-149), (2022).

Роль лабораторных маркеров в определении показаний к тонзиллэктомии у детей с ювенильным идиопатическим артритом

Рамазанова З.Ш.¹, Мейтель И.Ю.²

1-аспирант кафедры оториноларингологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

2-врач-оториноларинголог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента

Российской Федерации

Кафедра оториноларингологии

Москва, Россия

E-mail: ramazanova.zalina@inbox.ru

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) - это гетерогенная группа идиопатического воспалительного артрита, поражающего детей младше 16 лет, длительностью более 6 недель. ЮИА является наиболее распространенным хроническим ревматологическим заболеванием у детей [1].

За последние годы разработка новых терапевтических средств значительно улучшила результаты лечения детей с ЮИА. В отличие от эпохи традиционного лечения, пациенты, получающие генно-инженерные биологические препараты, достигли клинической ремиссии в течение длительных периодов времени [3]. Однако, блокирование чрезмерной воспалительной реакции, ответственной за ЮИА, может привести к нежелательным последствиям, таким как иммуносупрессия, связанная с повышенным риском инфекций [2]. Хронический тонзиллит (ХТ) является частым очагом хронической инфекции в том числе и у детей с ЮИА [3]. Диагностика данного заболевания и тактика ведения таких пациентов часто затруднительна. Кроме того, наиболее часто назначаемые анализы такие как антистрептолизин-О (АСЛО), маркеры воспаления С-реактивный белок (СРБ), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и количество лейкоцитов (WBC) также могут быть повышены в острой фазе ревматологических заболеваний и дифференциально-диагностическая значимость их существенно снижается [4]. Для данной когорты пациентов крайне важно своевременно диагностировать и лечить бактериальные инфекции, также понимать, когда показано хирургическое лечение — тонзиллэктомия.

Цель исследования:

Определить значимость лабораторных маркеров в определении показаний к тонзиллэктомии у детей с ювенильным идиопатическим артритом в условиях иммуносупрессивной терапии.

Материалы и методы исследования.

В ретроспективное сравнительное нерандомизированное исследование методом случайного отбора были включены 51 детей. Дети были разделены на 3 группы: в основную 1ю группу вошли 16 пациентов с ЮИА и ХТ, получающим лечение в отделениях ревматологии и оториноларингологии с хирургической группой головы и шеи ФГАУ НМИЦ Здоровья детей Минздрава России, в группу 2 вошли пациенты с ЮИА без признаков ХТ, получавшие лечение в отделении ревматологии, в третью группу – дети с ХТ без сопутствующего ревматологического заболевания, получавшие лечение в отделении оториноларингологии с хирургической группой головы и шеи. Сроки лечения всех исследуемых пациентов: с января 2021 по март 2024 года. Среди них – 25 (49%) мальчиков и 26 (51%) девочек. Возраст пациентов: 9 ± 3 года. Оценивались измерения АСЛО, СРБ, СОЭ, РФ, количество лейкоцитов вне обострения как ХТ так и ЮИА. Все измерения производились лабораторией ФГАУ НМИЦ Здоровья детей Минздрава России. Референсные значения АСЛО: 0 – 250 Мед/мл, СРБ - 0,5 мг/л, WBC- $4,5-11,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 0-15 мм/ч. Сравнивались результаты групп 1 и 2 и 1 и 3.

Результаты. Среднее значение АСЛО в группе 1 составило 489 ± 313 МЕд/мл, в группе 2 - 504 ± 446 МЕд/мл ($p=0.98$), в группе 3 - 366 ± 314 МЕд/мл ($p=0.78$). Значимых различий

между группами не было получено. Среднее значение СРБ в группе 1 составило 8 ± 4 мг/л, в группе 2 — 9 ± 3 мг/л, в группе 3 — 6 ± 2 мг/л. Среднее значение СОЭ в группе 1 составило 8 ± 4 мм/ч, в группе 2 — 9 ± 3 мм/ч, в группе 3 — 6 ± 2 мм/ч.

Выводы. Результаты позволили выявить не значимые различия между группами детей. Можно сделать вывод о том, что у пациента с рецидивирующей стрептококковой инфекцией, ожидается повышение уровня антител к АСЛО в сыворотке крови, повышение острофазовых показателей. Однако, по данным литературы и проведённого исследования, роль перечисленных маркеров будет не значима в отношении детей с ЮИА. Поэтому не следует использовать их для определения показаний к тонзиллэктомии. Необходимы дальнейшие исследования у данной когорты пациентов на разных этапах течения и лечения как основного заболевания, так и хронического тонзиллита.

Литература

1. Alivernini S, Firestein GS, McInnes IB. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Immunity*. 2022;55:2255–2270. doi:10.1016/j.immuni.2022.11.009
2. Atzeni F, Masala IF, Di Franco M, Sarzi-Puttini P. Infections in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2017;29:323–330. doi:10.1097/BOR.0000000000000389
3. 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.
4. Hussein OA, El-Toukhy MA, El-Rahman HS. Neutrophil CD64 expression in inflammatory autoimmune diseases: its value in distinguishing infection from disease flare. *Immunol Invest*. 2010;39:699–712. doi:10.3109/08820139.2010.491520

Мультидисциплинарный подход к комплексной диагностике системных заболеваний соединительной ткани.

Саид Ахмад Д.И.¹, Черномаз И.С.², Стериополо Н.А.¹, Вершинина М.Г.¹.

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

² ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации
г. Москва, Россия

Аннотация. Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) – группа заболеваний со схожими патогенетическими триггерами, клинической симптоматикой, диагностикой и терапией. Одним ярких представителей СЗСТ является системная красная волчанка (Systemic lupus erythematosus). В настоящее время системная красная волчанка (СКВ) самое распространённое из СЗСТ. По данным ВОЗ о глобальной распространенности данного заболевания, СКВ страдают более 3,4 миллиона человек по всему миру. Заболевание преимущественно поражает женщин, по данным научных исследований соотношение составляет примерно девять женщин на одного мужчину. Число впервые выявленных случаев 8,82 (2,4 - 25,99) на 100 000 человек, у мужчин те же показатели значительно ниже и соответствуют 1,53 (0,41 - 4,46) на 100 000 человек [3,6]. СКВ характеризуется полиморфными и мультисистемными проявлениями. Этиология генеза не ясна до сих пор и является объектом научного интереса ученых/врачей во всем мире. Согласно распространенной версии, основа заболевания - генетическое нарушение иммунитета, при котором образуются антитела, направленные на разрушение клеточного ядра и его структурных составляющих. Помимо этого, образуются иммунные комплексы, вызывающие иммунное воспаление в тканях органов [2]. При СКВ происходит снижение иммунной толерантности, что выражается в стабильном производстве широкого спектра аутоантител, нацеленных на атаку различных ядерных антигенов (хроматин, нативная ДНК, нуклеосомы и др.)

Для установления диагноза СКВ используют критерии SLISS (The Systemic Lupus International Collaborating Clinics), 2012. *Необходимо наличие минимум 4-х критериев, один из группы клинических и один из иммунологических (чувствительность 95%, специфичность 74%) [5].*

К иммунологическим критериям относится антинуклеарные антитела (АНА), наличие антифосфолипидных антител и уменьшение концентрации компонента комплемента. Исследование на АНА включают в себя антинуклеарный фактор (АНФ), анти-dsDNA (антитела к двуспиральной ДНК), anti-Smith antibodies (антитела к ядерному антигену Smith) [7]. **АНФ относится к семейству, включающем более 200 разновидностей антиядерных аутоантител.** Это группа разрушающих растворимые компоненты ядра клетки (рибонуклеопротеины). АНФ является скрининговым методом и в большинстве случаев дополнительным фактором подтверждения СКВ [4].

Для определения антинуклеарных антител используют следующие методы [1]:

Непрямая иммунофлюоресценция (НИФ). Это «золотой стандарт» диагностики. Достоинством данного метода является его способность определять все возможные АНА и дифференцировать типы антител на основе типа флуоресценции. Для исследования используют сыворотку крови, содержащую меченый конъюгат с антителами, и Нер-2 (клетки перевиваемой эпителиоидной линии аденокарциномы гортани человека). Сыворотку наносят на Нер-2, места связывания детектируются меченым флюоресцеином конъюгатом и с помощью люминесцентного микроскопа анализируют получившийся результат.

- Иммуноферментный анализ (ИФА). Метод используют для скрининга.
- Иммуноблоттинг- применяют для определения специфичности антител.

Материалы и методы. Пациентка Ч., 1990г.р., поступила в отделение с жалобами на лихорадку, слабость, боль и припухлость в суставах кистей, зябкость кистей и стоп, покраснение на лице в виде крыльев бабочки. У пациентки на основании клинических

проявлений выставлен предварительный диагноз СКВ. Для подтверждения было выполнено иммунологическое обследование: определение АНФ и анти-dsDNA.

Параметр	Результат	Референтные значения	Ед.изм.
Антинуклеарный фактор (АНФ)	1:1280 (гомогенный тип свечения) 1:1000 (гранулярный тип свечения)	Менее 1:160	Титр
Антитела кдвухспиральной ДНК (dsDNA)	1:100	Менее 1:10	Титр

Результаты и обсуждения. По результатам обследования- отмечалось повышение АНФ с гомогенным и гранулярным типами свечения, что подтверждает диагноз СКВ. Также было выявлено увеличение уровня анти-dsDNA, что указывает на вероятность развития волчаночного нефрита у пациентки. У 40–70% людей, страдающих СКВ, выявляются антитела к двуцепочечной ДНК, специфичные для данного аутоиммунного заболевания. Их количество обычно коррелирует с активностью волчаночного нефрита. Для определения специфичности антинуклеарных антител выполнено исследование методом иммуноблоттинга, где были обнаружены антитела класса IgG к следующим ядерным антигенам: RNP/Sm, SS-A, Ro-52, SS-B, dsDNA, нуклеосомам и гистонам, а также выявлен пограничный уровень антител к антигену Sm. Дополнительное исследование проведено методом ИФА. У пациентки был определен количественно, уровень антител к ядерным антигенам SS-A 60 (более 200 Ед/мл, при референтном значении 25 Ед/мл) и SS-A 52 (более 200 Ед/мл, при референтном значении 25 Ед/мл) Данные антитела выявляются приблизительно у 50% больных с СКВ, особенно с выраженной симптоматикой фотосенситивных кожных проявлений.

Для оценки тяжести и течения заболевания было проведено исследование на выявление концентрации компонентов комплемента (С3, С4) в сыворотке крови. По результатам анализа выявлено снижение С3с=0,36 г/л (при референтном значении 0,83-1,93 г/л) и С4 <0,0290 г/л (при референтном значении 0,15-0,57 г/л). У пациентки отмечено снижение С3с и С4 компонента комплемента, известно, что оно выявляется в активной фазе заболевания, особенно выражено при наличии активного нефрита. Следовательно, еще один из маркеров подтверждает у пациентки вероятность наличия осложнения СКВ – волчаночного нефрита.

Выводы. Согласно критериям SLICC, 2012 г. у пациентки из 4-х критериев имеется как минимум один клинический и один иммунологический. Что подтверждает диагноз СКВ и вероятность волчаночного нефрита. В настоящее время, заболевание продолжает оставаться трудно диагностируемым. Причины возникновения СКВ сохраняются неясными, симптоматика сходна с проявлениями ряда других СЗСТ, что существенно затрудняет постановку точного диагноза. Для своевременной постановки диагноза, правильного назначения терапии, снижение рисков развития осложнений, важен мультидисциплинарный подход, а именно, взаимодействии врачей клиницистов и лабораторной службы.

Литература

1. Системная красная волчанка: МКБ 10: М32, М32.0, М32.1, М32.8, М32.9: клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации. - Москва, 2024. – 321 с. – Текст: электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ: интернет-ресурс https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/606_3 (дата обращения: 26.03.2025).
2. Yu C, Gershwin ME, Chang C. Diagnostic criteria for systemic lupus erythematosus: A critical review. J Autoimmun. 2014; 48–49:10–3. doi: 10.1016/j.jaut.2014.01.004

3. Jingru T, Dingyao Z, Xu Y, Yaqing H, Qianjin L. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis.* (2023) 82(3):351. doi: 10.1136/ard-2022-223035
4. Созин С.Е., Назаров В.Д., Мазинг. Методическое руководство по лабораторной диагностике аутоиммунных и аутовоспалительных заболеваний. Под общей редакцией Лапина С.В – Санкт-Петербург, 2023-24с.
5. Aringer M, Costenbader K, Daikh D. 2019 European League against Rheumatism/American College of rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatology* 2019;71:1400–12. 10.1002/art.40930 - DOI - PMC - PubMed
6. Carter EE, Barr SG, Clarke AE. The global burden of SLE: prevalence, health disparities and socioeconomic impact. *Nat Rev Rheumatol* 2016;12:605–20. 10.1038/nrrheum.2016.137 - DOI - PubMed
7. Международная согласительная группа (ICAP) типов свечения антинуклеарного фактора (АНФ): интернет- ресурс <https://www.anapatterns.org/> (дата обращения 26.03.25.).

Применение методик эластографии в диагностике рабдомиолиза
Семенев С.А.¹, Лозовский В.В.¹, Гаранкин Н.А.², Поткин С.Б.³, Зубарев А.В.⁴

¹ Ординатор

² Ассистент

³ Доцент, к.м.н.

⁴ 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: semensemeneev17@gmail.com

Актуальность

Рабдомиолиз — синдром, характеризующийся разрушением скелетных мышц с высвобождением внутриклеточных компонентов, что может привести к острой почечной недостаточности [1]. Традиционные методы диагностики, такие как лабораторные анализы (уровень креатинкиназы, миоглобина) и магнитно-резонансная томография (МРТ), имеют ограничения в ранней визуализации структурных изменений мышц [3]. Ультразвуковая эластография, оценивающая жесткость тканей, может стать перспективным инструментом для ранней и неинвазивной диагностики [4].

Цель

Оценить возможности и определить диагностическую ценность методик эластографии (компрессионной и сдвиговой волны) в выявлении рабдомиолиза при оценке состояния четырехглавой мышцы бедра.

Материалы и методы

В исследование включены данные 97 пациентов (средний возраст — $78,4 \pm 7,2$ лет; 58 мужчин (60%), 39 женщин (40%)) с клинико-лабораторными признаками рабдомиолиза.

Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате экспертного класса Siemens Acuson 2000 с использованием двух методик:

1. Компрессионная эластография — оценка деформации тканей при механическом воздействии.
2. Эластография сдвиговой волны — измерение скорости распространения сдвиговых волн.

Проведен корреляционный анализ между показателями эластографии, уровнем креатинкиназы (КФК), миоглобина, возрастом и полом.

Результат

При исследовании мышечной ткани с применением методики компрессионной эластографии мышечная ткань окрашивалась смешанным типом картирования с преобладанием высокоэластичных зон, что соответствует размягчению и некрозу. Коэффициент деформации М/ПЖК варьировал от 0,92–1,88 (медиана — 1,45), без статистически значимых корреляций с лабораторными маркерами, возрастом и полом.

При исследовании мышечной ткани с применением методики эластографии сдвиговой волны полученные значения скорости сдвиговой волны: 0,72–1,79 м/с (медиана — 1,12 м/с). Обнаружена умеренная обратная корреляция между скоростью сдвиговой волны и уровнем КФК ($r = -0,51$; $p < 0,01$). У пациентов старше 80 лет скорость сдвиговой волны была ниже на 18% ($p < 0,001$), что может быть связано с возрастной атрофией мышц.

Выводы

Эластография сдвиговой волной демонстрирует более высокую диагностическую точность и позволяет объективно оценить степень повреждения мышц при рабдомиолизе на доклинической стадии. Полученные данные подтверждают перспективность использования сдвиговолновой эластографии в комплексной диагностике рабдомиолиза в сравнении с методикой компрессионной эластографии. Компрессионная эластография требует дальнейшей стандартизации для клинического применения.

Литература

1. Кутепов Д.Е., Фёдорова А.А., Пасечник И.Н., Зубарев А.В. Рабдомиолиз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. — М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2020. — 66 с.
2. Теплова Н.Н. Рабдомиолиз в клинической практике // Вятский медицинский вестник. — 2016. — № 4 (52). — С. 45–50.
3. Фёдорова А.А., Кутепов Д.Е., Зубарев А.В., Пасечник И.Н. Рабдомиолиз: что нового в диагностике и лечении? // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2020. — № 2. — С. 102–109.
4. Изранов В.А., Казанцева Н.В., Мартинович М.В. Методы эластографии печени и проблемы русскоязычной терминологии // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Естественные и медицинские науки. — 2019. — № 1. — С. 78–85.
5. Зубарев А.В., Насникова И.Ю. Руководство по ультразвуковой диагностике. — М.: Медицина, 1999. — 320 с.
6. Botar Jid C. et al. Musculoskeletal sonoelastography. Pictorial essay // Medical Ultrasonography. — 2012. — Vol. 14. — № 3. — P. 239–245. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2012.00655.x

Психические расстройства у военнослужащих на этапе оказания медицинской помощи в многопрофильной военно-медицинской организации.

Козачук А.Ю.¹, Самушия М.А.²

¹ Аспирант,

² проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии, д.м.н., доцент

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра психиатрии

Москва, Россия

E-mail: alexkozachuk@yandex.ru

Передовые технологические достижения привели к появлению новых методов и средств ведения войны. Современные военные конфликты характеризуются применением кибератак, роботизированной техники, беспилотных летательных аппаратов. Таким образом, важной особенностью современных войн является превалирование «дистанционных действий» над «контактными» и повышение удельного веса «дальнего» поражения. По данным Центрального командования США [1,2,3,4], случаи психических расстройств увеличились с уровня 6-9% в 2001-2005 гг. до 28% в 2018 г. [5]. В отношении спектра психических нарушений, послуживших основанием для эвакуации с театра боевых действий, основными диагнозами указаны расстройства адаптации, депрессия, другие расстройства настроения, расстройства тревожного круга и посттравматическое стрессовое расстройство [6]. По данным опубликованных зарубежных исследований нозологическая принадлежность психотических эпизодов военного времени представлена преимущественно шизофренией (F20) и шизофреноформным расстройством (F20.81), а также шизоаффективным психозом (F25) и реактивным параноидом, которые шифруются кодом МКБ-10 как острые и преходящие психотические расстройства (F23) [7].

Проведено одноцентровое когортное проспективное исследование на базе ФГБУ «НМИЦ ВМТ - ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, Московская область, городской округ Красногорск (Россия). Обследовано 65 участников боевых действий, госпитализированных в разные по профилю (не психиатрические) отделения в период с октября 2023 по март 2025 гг. Цель исследования заключалась в изучении клинко-психопатологическую структуры психической патологии военнослужащих, манифестирующую под влиянием боевого стресса, а также определение связи преморбидных особенностей пациентов с развившимися под влиянием боевого стресса психическими расстройствами. В исследовании применялись клинко-психопатологический, психометрический и статистические методы исследования.

Полученные в ходе исследования данные позволили выделить две группы участников боевых действий, различающихся по типам эмоционально-поведенческого стрессового реагирования и психическому состоянию. Первую группу «военных тимогений» составили 50 пациентов с установленными диагнозами «Реакция на стресс. F43.0.» и «Расстройство приспособительных реакций. F43.2.». Большинство пациентов первой группы обладали тревожными и ананкастными личностными акцентуациями. Клиника психопатологических нарушений первой группы была представлена тревожными расстройствами, дисфорическим аффектом, гипотимией, обманами обоняния, расстройствами артикуляции и слуха, симптоматикой конверсионного расстройства и когнитивными нарушениями. Вторую группу составили 15 пациентов с диагностированным психическим расстройством в рамках диагноза «Острые и преходящие психотические расстройства. F23.». У 6 пациентов второй группы выявлялась паранойяльная акцентуация, в остальных случаях обнаруживались расстройства личности возбудимого круга. Клиника психопатологических нарушений второй группы характеризовалась признаками паранойяльной настороженности, параноидные реакции характеризовались ясностью сознания, сохранностью ориентировки и парциальностью бреда; содержание бреда обладало

конкретностью, прямой зависимостью с травмирующими воспоминаниями, связанными с обстановкой боя; аффективный фон имел стойкий депрессивный характер с обострением преморбидных черт. Данные сравнения психометрических шкал: большая психическая устойчивость пациентов первой группы прогнозировала более быстрый выход из критического состояния в отличие от пациентов второй группы; пациенты первой группы способны спонтанно легче самостоятельно переносить и разряжать свое аффективное состояние; для пациентов второй группы была характерна более высокая застреванность на переживаниях, пациентам второй группы, по сравнению с пациентами первой группы, необходимо затрачивать больше эмоциональной энергии для подавления аффектов, возникающих из-за их повышенной чувствительности.

Литература

1. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). Medical evacuations from Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 2003-2011. MSMR. 2012 Feb;19(2):18-21. PMID: 22372753.
2. Belmont PJ Jr, Goodman GP, Waterman B, DeZee K, Burks R, Owens BD. Disease and nonbattle injuries sustained by a U.S. Army Brigade Combat Team during Operation Iraqi Freedom. Mil Med. 2010 Jul;175(7):469-76. doi: 10.7205/milmed-d-10-00041. PMID: 20684449.
3. Hauret KG, Pacha L, Taylor BJ, Jones BH. Surveillance of Disease and Nonbattle Injuries During US Army Operations in Afghanistan and Iraq. US Army Med Dep J. 2016 Apr-Sep;(2-16):15-23. PMID: 27215861
4. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). Causes of medical evacuations from Operations Iraqi Freedom (OIF), New Dawn (OND) and Enduring Freedom (OEF), active and reserve components, U.S. Armed Forces, October 2001-September 2010. MSMR. 2011 Feb;18(2):2-7. PMID: 21793603
5. Armed Forces Health Surveillance Branch : Medical evacuations out of the U.S. Central Command, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 2018 // Medical Surveillance Monthly Report. – 2019. - Vol. 26. – N. 5. – P. 28-33.
6. Migliore L. et al. Considerations for acute and emergent deployed mental health patient management and theater transports: a scoping review // Military medicine. – 2021. – Vol. 186. – N. 9-10. – P. e932-e942.
7. Hann MC, Caporaso E, Loeffler G, Cuellar A, Herrington L, Marrone L, Yoon J. Early interventions in a US military FIRST episode psychosis program //Early Intervention in Psychiatry. – 2018. – Vol. 12. – N. 6. – P. 1243-1249.

Клинико-психопатологические особенности расстройств шизофренического спектра у лиц, страдающих ожирением.

Хабибуллина Л.Р.¹, Самушия М.А.², Вдовина И.В.³

¹Аспирант кафедры психиатрии

²проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии, д.м.н., доцент

³к.п.н., доцент, доцент кафедры психиатрии

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Москва, Россия

E-mail: leyloka.5545@mail.ru

Актуальность темы: Более 50% больных с расстройствами шизофренического спектра (РШС) страдают ожирением, которое является одной из наиболее частых причин преждевременной смертности данной категории больных. Огромную роль в развитии ожирения у больных РШС играет прием антипсихотических препаратов второго поколения (имеющие высокий кардиометаболический риск), гиподинамия, вредные привычки (употребление ПАВ, табакокурение), отягощённая наследственность (Vancampfort D., 2013; Sankaranarayanan A., 2021). Однако, по последним современным исследованиям именно нарушения пищевого поведения являются наиболее частой причиной набора лишней массы тела у данной категории больных. У пациентов с шизофренией наблюдаются различные расстройства пищевых влечений (булимия, анорексия, пикаизм) (Kouidrat Y., 2014), нарушения импульс-контроля, при котором характерно постоянное бесконтрольное желание что-либо употребить в пищу (Hardman LG., 1881). Также для них характерны такие расстройства пищевого поведения как синдром ночного переедания, потomania, тахифагия и поедание неадекватно больших кусков пищи (Kulkarni DP., 2017; Zghal A., 2002). Все эти данные подчеркивают актуальность изучения расстройств пищевого поведения в группе больных РШС, страдающих ожирением.

Цели и задачи. Выявить и сравнить характерные при различных РШС особенности набора массы тела и провести корреляцию с психопатологической симптоматикой.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии, где были исследованы 24 пациента в возрасте от 26 до 64 лет с клинически подтверждённым диагнозом РШС (рубрика F 20-29 по МКБ-10) и клинически подтвержденным диагнозом (по МКБ-10) ожирение 1–3 степени. Дальнейшая обработка социодемографических, психометрических и антропометрических (рост, вес, ИМТ) данных при помощи статистического анализа.

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст всех пациентов составил 44.5 ± 11.4 лет, средний ИМТ 42.8 ± 10.6 , средний вес 120.1 ± 37.1 кг.

Социодемографическая характеристика: в исследование вошли 25% мужчин и 75% женщин. Большая часть пациентов имеет образование (42 % высшее и 50% среднее). 50 % исследуемых имеет актуальный рабочий статус, 8% на пенсии, 21 % имеет инвалидность (50% по психическому расстройству, 50% по соматическому расстройству) и на момент осмотра не трудоустроены 21%. По семейному положению 50% холосты, в браке состоит 46% исследуемых и 4% разведены или вдовцы.

Общая характеристика групп: отягощенная наследственность по ожирению или избыточной массе тела наблюдалась у 83,3% исследуемых (n=20). Также, начиная с детского возраста у 75 % (n=18) пациентов наблюдались нарушения импульс-контроля (неспособность устоять сиюминутным позывам к приему пищи, наличие «фоновое» чувства голода). В семейной культуре питания у 87,5 % (n=21) превалировала высококалорийная, жирная, богатая быстрыми углеводами пища. Некоторые пациенты

(16,6%) на момент осмотра уже применяли антипсихотические препараты (преимущественно 2 поколения) (n=4). Однако, нарушения пищевого поведения и избыточная масса тела наблюдалась у таких пациентов задолго до приема данных препаратов.

В ходе исследования были выявлены следующие особенности набора массы тела в зависимости от выставленного психиатрического диагноза:

1. При шизофрении (F20) (n=5; 20,8%) часть пациентов уже с детского возраста имела ярко выраженные шизотипические черты (n=3). Вместе с нарушениями импульс-контроля имели аллотриофагию (пикацизм, парорексию). В дальнейшем у таких пациентов в анамнезе наблюдалась яркая галлюцинаторно-бредовая симптоматика с различными телесными сенсациями. При нарастании апато-абулической симптоматики у всех пациентов этой группы пища переедалась по механизму detachment диссоциации. Прием пищи в таком случае сопровождался незаметно для самого пациента (в просоночном состоянии, во время эпизодов снохождения, во время просмотра телевизора, сети интернет, чтении книги, беседы), с дальнейшей частичной или полной амнезией происходящего. Все пациенты данной группы страдают параноидной шизофренией. Средний возраст пациентов составил 38.8 ± 10.4 лет. Средний ИМТ 37.2 ± 6.9 . По опроснику образа собственного тела наблюдалась в 60% случаях удовлетворенность собственным телом. По Голландскому опроснику пищевого поведения у данной категории больных преобладал экстернальный тип пищевого поведения. Также такие пациенты имели худшие показатели PANSS (по позитивным и негативным шкалам). В 60% случаев наблюдались явления тахифагии, в 80%-пикацизма, в 60%-потомании, в 80% случаев очистительное пищевое поведение в анамнезе.

2. При шизоаффективном расстройстве (F25) (n=8; 33,3 %) набор массы тела был связан с аффективными фазами. В маниакальном или гипоманиакальном периоде пища потреблялась исключительно в гедонистических соображениях, происходило усиление вкусовых ощущений, вся потребляемая пища казалась вкуснее и привлекательнее (искл. гипомания на фоне эротоманического бреда или влюбленности). При смешанном состоянии пища в большом количестве потреблялась с целью поднятия энергии или для редукции тревожного состояния. В депрессивных фазах наоборот наблюдалось значительное снижение массы тела за короткий период времени (от 20 до 40 кг). Пациенты чувствовали притупление вкусовых ощущений, не имели сил подняться с постели и приготовить пищу. Пища потреблялась исключительно для поддержания жизнедеятельности. Средний возраст пациентов составил 50.1 ± 10.4 лет. Средний ИМТ 46.6 ± 11.6 . По опроснику образа собственного тела наблюдалась в большей части (у 75%) неудовлетворенность собственным телом и по Голландскому опроснику пищевого поведения преобладание ограничительного пищевого поведения (с дальнейшими «срывами» и перееданием по компульсивному типу преимущественно в вечернее или ночное время (75%). Такие пациенты имели наилучшие показатели PANSS по сравнению с другими группами. Только в 25% случаях у них наблюдались явления тахифагии и пикацизма, 13% потомания.

3. При шизотипическом расстройстве (F21) (n=11; 45,8%) пациенты с шизотипическим расстройством личности (n=3) продолжают иметь нарушения влечений по типу импульс-контроля («фоновое чувство голода, невозможность устоять сиюминутным желаниям»). При психопатоподобной и неврозоподобной формах шизофрении (n=8) также сохраняются нарушения импульс-контроля. Однако, помимо этого, с нарастанием эмоционального типа дефекта, пища также потреблялась с целью получения положительных эмоций. При редукции энергетического потенциала пища служила способом получения дополнительной энергии. Средний возраст пациентов составил 43.1 ± 11.6 лет. Средний ИМТ 42.5 ± 10.8 . По опроснику образа собственного тела в 55% случаях такие пациенты демонстрируют неудовлетворенность собственным

телом, в 45% удовлетворенность. По Голландскому опроснику пищевого поведения преобладает эмоциогенное пищевое поведение. По тесту PANSS данная группа больных демонстрирует высокие баллы по негативной шкале. У 36% наблюдается потомания и тахифагия, пикацизм в 9%. В 91% случаев переедания наблюдались преимущественно в вечернее или ночное время.

Выводы. Малый объем выборки не позволяет экстраполировать данные на общую популяцию, однако полученные результаты демонстрируют влияние психотического процесса на набор лишней массы тела. Необходимо дальнейшее ведение таких пациентов совместно с врачом-психиатром с целью повышения качества жизни и улучшения прогноза для здоровья. В будущем планируется дальнейшая разработка методов ведения пациентов с РШС, страдающих ожирением.

Список литературы

1. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ, Correll CU, De Herdt A, Probst M, De Hert M. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry*. 2013 Oct;12(3):240-50. doi: 10.1002/wps.20069. PMID: 24096790; PMCID: PMC3799255.
2. Kouidrat Y, Amad A, Lalau JD, Loas G. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management. *Schizophr Res Treatment*. 2014;2014:791573. doi: 10.1155/2014/791573. Epub 2014 Nov 18. PMID: 25485152; PMCID: PMC4251071.
3. Sankaranarayanan A, Johnson K, Mammen SJ, Wilding HE, Vasani D, Murali V, Mitchison D, Castle DJ, Hay P. Disordered Eating among People with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Nutrients*. 2021 Oct 27;13(11):3820. doi: 10.3390/nu13113820. PMID: 34836076; PMCID: PMC8618287.
4. Kulkarni DP, Kamath VD, Stewart JT. Swallowing Disorders in Schizophrenia. *Dysphagia*. 2017 Aug;32(4):467-471. doi: 10.1007/s00455-017-9802-6. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28447217.
5. Khosravi M. Pica behaviors in schizophrenia: a call for further research. *J Eat Disord*. 2021 Sep 16;9(1):117. doi: 10.1186/s40337-021-00472-y. PMID: 34530936; PMCID: PMC8444404.
6. Zghal A, Charfi F, Fradi I, Labbane R. La potomanie associee a la schizophrénie: à propos d'un cas [Potomania associated with schizophrenia: a case report]. *Tunis Med*. 2002 Mar;80(3):149-51. French. PMID: 12355643

Влияние анатомических вариантов строения лобного кармана на выбор хирургического доступа к лобной пазухе

Хвостикова Н.А.¹, Клименко К.Э.²

*1-аспирант кафедры ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации*

*2-врач-оториноларинголог, доктор медицинских наук, профессор кафедры ФГБУ ДПО
«Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента
Российской Федерации*

Кафедра оториноларингологии

Москва, Россия

E-mail: lor.sazna@gmail.com

Эндоскопическая хирургия лобной пазухи остаётся одной из наиболее технически сложных областей ринохирургии, в первую очередь из-за высокой анатомической вариабельности лобного кармана. Ошибки в оценке топографии его структур и их неполное удаление могут приводить к послеоперационному рубцеванию и рестенозу соустья лобной пазухи. [3,4] Выбор оптимального хирургического доступа должен основываться на понимании анатомического строения лобного кармана, ключевыми структурами которого являются клетка *agger nasi* и крючковидный отросток. [2] Взаимное расположение этих структур относительно друг друга влияет на путь дренирования лобной пазухи. [1,5]

Цель исследования

Оценить анатомические варианты строения и взаимного расположения клетки *agger nasi* и крючковидного отростка, а также определить их влияние на выбор направления и объема хирургического доступа к лобной пазухе.

Материалы и методы исследования

В ретроспективное сравнительное нерандомизированное исследование методом случайного отбора были включены 200 КТ околоносовых пазух (400 сторон), выполненных в 2024–2025 гг. Исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ. Участники: пациенты в возрасте от 18 до 93 лет (средний возраст — 49 ± 16 лет), мужчин — 96 (48%), женщин — 104 (52%). В анализ включались случаи с наличием признаков патологии со стороны околоносовых пазух.

Результаты

Выявлено и классифицировано по группам три наиболее часто встречающихся варианта строения крючковидного отростка и клетки *agger nasi*. I группа (22%) — клетка *Agger nasi* отсутствует, крючковидный отросток сохраняется; путь дренирования локализуется спереди и варьирует по направлению в зависимости от типа прикрепления крючковидного отростка (44 случая). II группа (56%) — клетка *Agger nasi* и крючковидный отросток формируют единую структуру, смещающую путь дренажа медиально и кзади (112 случая). III группа (22%) — клетка *Agger nasi* и крючковидный отросток представлены как анатомически отдельные образования; путь оттока проходит кзади от клетки *Agger nasi*, далее — медиально или латерально (44 случая).

Выводы

Существуют три доминирующих варианта строения в анатомии лобного кармана, которые существенно влияют на топографию пути оттока лобной пазухи, соответственно, на тактику хирургического доступа. При планировании вмешательства необходимо рассматривать клетку *agger nasi* и крючковидный отросток как независимые структуры, тщательно анализируя их по данным КТ. Выбор хирургической тактики, основанный на анатомических вариациях позволит снизить риск послеоперационного стеноза и улучшить исходы функциональной фронтотомии.

Литература

1. Nofal AAB, El-Anwar MW. Frontal Recess Cells in International Frontal Sinus Anatomy Classification (IFAC); Prevalence, Infection Incidence, and Relation to Frontal Sinus Infection in Chronic Sinusitis Patients. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Dec;74(Suppl 3):4748-4755. doi: 10.1007/s12070-021-03069-8. Epub 2022 Jan 16. PMID: 36742792; PMCID: PMC9895715.
2. Peng Z, Wang Y, Fang Y, Wang Y, Chen X, Fan R, Zhang H, Xie Z, Jiang W. Precision Endonasal Endoscopic Surgery of the Frontal Recess Cells and Frontal Sinus Guided by the Natural Sinus Drainage Pathway. *Front Surg.* 2022 Apr 25;9:862178. doi: 10.3389/fsurg.2022.862178. PMID: 35548182; PMCID: PMC9081679.
3. Alharbi A, Alhussain F, Alyamani A, Aljohani M, Alsergani A, AbaAlkhail M, Alsayed A, Aloulah M, Alrasheed A, Aldousary S, Alromaih S, Alroqi A, Alsaleh S. Complications of endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis in a tertiary care teaching hospital in Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2023 Jun;44(6):601-606. doi: 10.15537/smj.2023.44.6.20230911. PMID: 37343994; PMCID: PMC10284225.
4. Дуванова Е.Д., Данилов С.С., Груша Я.О. Офтальмологические осложнения эндоскопических операций на придаточных пазухах носа. *Вестник офтальмологии.* 2022;138(2):108–113. <https://doi.org/10.17116/oftalma2022138021108>
5. Larsen K., Tos M. (2020). An Overview of Frontal Sinus Surgery: Past, Present and Future. *Atlas of Frontal Sinus Surgery.*

Агранулоциты в качестве потенциальных биомаркеров тяжести интерстициальных заболеваний легких

Черный А.В.

Ординатор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра семейной медицины и терапии

E-mail: uvituvit-2000@mail.ru

Актуальность. Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – собирательный термин, объединяющий большое количество разнородных патологических состояний, общим классифицирующим признаком которых является поражение легочного интерстиция, малых дыхательных путей и легочного микрососудистого русла [1]. Отсутствие программ ранней диагностики, несовершенство прогностических инструментов приводят к поздней диагностике и терапевтическим неудачам. Мононуклеары и лимфоциты – являются ключевыми иммунокомпетентными клетками, играющими центральную роль в оркестрации воспаления и фиброгенеза. В связи с этим, инициировано пилотное исследование по изучению рутинных клеточных биомаркеров периферической крови в контексте их прогностической и диагностической роли при ИЗЛ.

Цель исследования: установить взаимосвязь уровня моноцитов, лимфоцитов и их соотношения в периферической крови с параметрами легочной функции и рентгеносемиотикой при ИЗЛ.

Материалы и методы исследования. В пилотное исследование с кросс-секционным дизайном включено 28 пациентов с интерстициальными изменениями в лёгких по данным компьютерной томограммы органов грудной клетки (КТ ОГК). Всем пациентам помимо общеклинического обследования (сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, клинический анализ крови с определением лейкоцитарной формулы) исследовались параметры легочной функции (форсированная спирометрия и диффузионный тест); высокоразрешающая КТ с полуколичественной оценкой интерстициальных изменений по шкале Warrick. Анализ полученных данных осуществлялся с помощью пакета статистических инструментов в программе EXCEL и с использованием программы StatTech v. 4.7.2 (разработчик - ООО "Статтех", Россия). Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Пирсона (при нормальном распределении сопоставляемых показателей), с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении, отличном от нормального). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В исследовании проанализированы истории болезней 28 пациентов с различными ИЗЛ, проходивших лечение в пульмонологическом отделении ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ в 2024 году. По полученным данным возраст пациентов был от 32 до 89 лет (в среднем $67,50 \pm 14,50$ лет), из них мужчин – 16 человек (57%). Длительность заболевания до момента включения в исследование составляла от 1 месяца до 18 лет, медиана и межквартильный интервал 36 (9,50-63,00) месяцев. Большую долю в нозологической структуре определяли пациенты с гиперчувствительным пневмонитом ($n=10$, 36%). На втором месте по распространенности – пациенты с системными заболеваниями соединительной ткани ($n=5$, 18%), на третьем – с идиопатическим легочным фиброзом ($n=4$, 14%). Также присутствовали больные с криптогенной organizing пневмонией ($n=3$, 11%), лекарственно-индуцированным поражением легких ($n=2$, 7%), острой интерстициальной пневмонией ($n=1$, 3,5%), идиопатической неспецифической интерстициальной пневмонией ($n=1$, 3,5%), хронической эозинофильной пневмонией ($n=1$, 3,5%) и неклассифицированным ИЗЛ ($n=1$, 3,5%) Кашель наблюдался достаточно часто ($n=22$, 79%), причем чаще непродуктивный ($n=18$, 81%). Слабость отметили более

половины пациентов (n=16, 57%). У 3 пациентов (11%) присутствовал подъем температуры тела до субфебрильных значений на момент поступления в стационар. Медиана и межквартильный интервал выраженности одышки по шкале mMRC соответствовала 2,25 баллам (1,88-3,00). Средние значения объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1л) – $2,04 \pm 0,59$, ОФВ1% – $79,48 \pm 21,44$, форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛл) – $2,61 \pm 0,81$, ФЖЕЛ% – $79,36 \pm 23,82$, индекса Генслера – $78,71\% \pm 6,08$, диффузионной способности легких по монооксиду углерода (Dlco) – $65,52\% \pm 21,36$. Медиана расчетного систолического давления в легочной артерии (СДЛА) – 30% (23,00-46,50), балла по шкале Warrick – 17 (11,00-24,00).

Для установления взаимосвязи уровня моноцитов, лимфоцитов и их соотношения в периферической крови с основными показателями легочных функциональных тестов и изменениями на КТ ОГК, был проведен корреляционный анализ. В результате была установлена статистически значимая прямая корреляционная связь умеренной тесноты показателя моноцитов периферической крови с ОФВ1, ФЖЕЛ, а также лимфоцитов и показателя частного соотношения лимфоцитов и моноцитов с диффузионной способностью легких по монооксиду углерода.

Выводы. Своевременная диагностика и совершенствование прогностических инструментов в контексте интерстициальных заболеваний легких представляются одними из приоритетных задач современной респираторной медицины [2, 3]. Принимая во внимание известный факт о центральной роли лимфоцитов и мононуклеарных клеток в развитии воспаления и, зачастую, его исхода в фиброзное ремоделирование легочного интерстиция, а также моноцитов как одного из путей трансдифференцировки в (мио-)фибробласты, нами проведено пилотное исследование по изучению связи данных биомаркеров, определяемых в рутинном клиническом анализе крови, с легочными функциональными показателями и параметрами торакальной визуализации. Установленная в нашем исследовании корреляционная связь моноцитов и лимфо-моноцитарного соотношения с односекундным объемом форсированного выдоха, форсированной жизненной емкостью легких и газодиффузионной способностью легких требует дальнейшего изучения и определения потенциального места в реальной клинической практике.

Литература

1. Khor YH, Farooqi M, Hambly N et al. Austin ILD Registry and CARE-PF Investigators. Patient Characteristics and Survival for Progressive Pulmonary Fibrosis Using Different Definitions. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023 Jan 1;207(1):102-105. doi: 10.1164/rccm.202205-0910LE.
2. Flaherty KR, Wells AU, Cottin V et al. INBUILD Trial Investigators. Nintedanib in Progressive Fibrosing Interstitial Lung Diseases. *N Engl J Med*. 2019 Oct 31;381(18):1718-1727. doi: 10.1056/NEJMoa1908681.
3. Raghu G, Remy-Jardin M, Richeldi L et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022 May 1;205(9):e18-e47. doi: 10.1164/rccm.202202-0399ST.

Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых с международным участием "Актуальные вопросы стоматологии"

СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ

Лечение моляров, отягощенных перфорацией в области фуркации, при пародонтально-эндоodontическом поражении

Батталова Ю.Н.¹, Постников М.А.², Чигарина С.Е.³

Соискатель¹, д.м.н., профессор.², к.м.н., доцент³

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского"

Министерства обороны Российской Федерации

г. Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра терапевтической стоматологии

г. Самара, Российская Федерация

battalovastoma@yandex.ru

Актуальность. В сложных клинических случаях, при пародонтально-эндоodontическом поражении, основным приоритетом является сохранение зубов [1], путем проведения зубосохраняющих операций. Лечение заболеваний тканей пародонта [2], базируется на элиминации и нейтрализации пародонтопатогенной флоры и с этой целью применяются различные противовоспалительные и антимикробные средства для местного применения [3]. В связи с этим, разработка эффективных подходов в лечении пародонтально-эндоodontических поражений [4], отягощенных перфорацией в области фуркации жевательных зубов остается актуальной проблемой [5,6,7].

Цель исследования – изучить клиническую эффективность лечения пародонтально-эндоodontических поражений, отягощенных перфорацией в области фуркации жевательных зубов путем применения средства «Альвастаз-губка».

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение по обращаемости 54 пациентов с диагнозом: K05.31 хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, из них у 3-х пациентов было диагностировано пародонтально-эндоodontическое поражение, отягощенное перфорацией в области фуркации жевательных зубов и проведено лечение с применением средства «Альвастаз-губка».

Результаты исследования. Анализ полученных результатов динамического наблюдения в отдаленные сроки через 6 месяцев показал, что у пациентов отсутствует подвижность зубов, восстановлена функция жевания при приеме пищи и соответственно улучшилось качество жизни.

Выводы. Проведенный анализ полученных результатов на основании динамического наблюдения после лечения и в отдаленные сроки позволяет обеспечить улучшение качества жизни пациента путем сохранения функции зуба.

Литература

1. Постников, М.А. Способ зубосохраняющего лечения моляров при пародонтально-эндоodontическом поражении с перфорацией в области фуркации : пат. № 2820154 С1 Российская Федерация, МПК А61С 5/00, А61К 6/00, А61К 31/02 : заявл. 15.09.2023 : опубл. 30.05.2024 / М.А. Постников, Ю.Н. Батталова, С.Е. Чигарина [и др.]. – EDN HJYRPY.

2. Батталова, Ю.Н. Способ лечения хронического пародонтита : пат. № 2797853 С1 Российская Федерация, МПК А61С 17/00, А61К 31/08, А61Р 1/02 : заявл. 09.09.2022 : опубл. 08.06.2023 / Ю.Н. Батталова, М.А. Постников. – EDN MUYNCP.
3. Осипова, Ю.Л. Применение систем локальной доставки противомикробных препаратов при лечении хронического пародонтита и пародонтита, характеризующегося агрессивным течением / Ю.Л. Осипова, С.А. Акимова, Н.В. Булкина [и др.] // Аспирантский вестник Поволжья. – 2020. – № 1–2. – С. 102–107. – DOI 10.17816/2072-2354.2020.20.1.102-107. – EDN CSXBVY.
4. Моисеев, Д.А. Лечение, профилактика и исходы эндопародонтальных поражений: современный взгляд / Д.А. Моисеев, И.С. Копецкий, И.А. Никольская [и др.] // Клиническая стоматология. – 2023. – Т. 26, № 4. – С. 18–28. – DOI 10.37988/1811-153X_2023_4_18.
5. Степанова, А.И. Динамика качества жизни больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести на фоне традиционного лечения / А. И. Степанова, М. О. Нагаева, Е. В. Дзюба // Проблемы стоматологии. – 2019. – Т. 15, № 2. – С. 32–36.
6. Нестеров, А.М. Ретроспективный анализ обращаемости пациентов с хроническим пародонтитом в лечебные учреждения стоматологического профиля г. Самары / А. М. Нестеров, М.И. Садыков, С.Е. Чигарина [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2020. – Т. 16, № 1. – С. 75–80. – DOI 10.18481/2077-7566-20-16-1-75-80.
7. Фастовец, Е.А. Комплексная оценка эффективности лечения генерализованного пародонтита / Е.А. Фастовец, В.Г. Малиновский // Вестник стоматологии. – 2018. – № 4(105). – С. 48–52. – EDN YVOCGD.

Оценка применения метода ультразвуковой доплерографии при диагностике заболеваний пародонта

Бондарчук А.В.

Ассистент

*ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» МЗ РФ
Кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии*

г. Москва, Российская Федерация

stom.cifra@gmail.com

Актуальность. Заболевания пародонта — это широко распространенная воспалительная патология, поражающая опорный аппарат зубов [1,2]. Одними из первых признаков воспаления являются сосудистые изменения [3]. Для изучения микроциркуляторного кровотока в десне без нарушения тканей были разработаны и применяются различные инвазивные и неинвазивные методы. Несмотря на наличие многих достоинств, им присущи недостатки, например оказание влияния на нормальную физиологию системы и определение косвенных показателей кровотока [4,5]. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) является одним из высокоинформативных методов диагностики патологий микроциркуляторного русла пародонта, к преимуществам которой относят безопасность, неинвазивность, возможность получения точной и воспроизводимой информации о скорости кровотока в режиме реального времени [6].

В связи с недостаточным освещением в научной литературе использования данного метода для дифференциальной диагностики заболеваний пародонта, актуальным является анализ данных ультразвуковой доплерографии у пациентов с хроническим пародонтитом.

Цель исследования – повышение эффективности диагностики хронического пародонтита с помощью оценки скорости кровотока методом ультразвуковой доплерографии

Материалы и методы. Всего в исследовании приняло участие 29 человек, из них 23 с условной нормой по состоянию здоровья пародонта (средний возраст $21 \pm 2,65$ лет), 6 – хронический пародонтит средней степени (средний возраст 57 ± 19 лет). Диагноз ХПСС ставился на основании клинических симптомов: глубина зондирования пародонтальных карманы составляла 4-6 мм, деструкция костной ткани межзубных перегородок до-1/2 длины корня зуба, патологическая подвижность I-II ст. по классификации Миллера [7].

Исследование кровотока тканей пародонта проводилось методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) с помощью аппарата Минимакс-доплер-К "ММ-Д-К" комплектации НБ с применением углового датчика, имеющего рабочую частоту 25 МГц. Местом расположения датчика была выбрана переходная складка в области между зубами 2.1 и 2.2. Диагностика микроциркуляции пародонта проводилась на основании показателя Qam – средневзвешенной объемной скорости кровотока по кривой средней скорости (мл/мин).

Данные выборки были подвергнуты ковариационному анализу (ANCOVA) для оценки влияния возраста на полученные значения скорости кровотока при условной норме и патологии. Далее был проведен однофакторный дисперсионный анализ, ANOVA. Статистически значимым считался $p < 0,05$. Все данные анализировались с помощью статистического программного обеспечения SPSS.

Результаты исследования. Анализ данных с помощью ANCOVA показал, что статистически значимой разницы между коэффициентами групп относительно переменной возраста нет ($p=0,878$, $p>0005$). Следующий этап статистического анализа включал в себя оценку данных с использованием ANOVA. Полученное значение критерия Ливиня равно 0,143 ($p>0005$), соответственно дисперсии для групп

статистически достоверно не различаются, анализ корректен для проведения. Разность между средними значениями объемной скорости кровотока у пациентов с ХПСС и с условной здоровым пародонтом является статистически достоверной (F-статистика составила 3,492 при степенях свободы 1 и р-значении 0,043, $p < 0,05$). Пост-хок тестирование с помощью HSD Тьюки показало, что значения в группе с ХПСС ($M = 0,02$, $SD = 0,01$) были ниже, чем в группе сравнения ($M = 0,03$, $SD = 0,02$).

Выводы. Проведенное исследование методом ультразвуковой доплерографии показало статистически достоверное снижение объемной скорости микроциркуляции пародонта у пациентов с хроническим пародонтитом средней степени, позволяя использовать данный параметр в качестве объективного диагностического критерия нарушения гемодинамики.

Литература

1. Carranza, F.A. Gingival inflammation / F.A. Carranza, J.W. Rapley, S.K. Haake // In: Newman, M.G., Takei, H.H., Carranza, F.A. (eds). Carranza's Clinical Periodontology, 9th ed. – Philadelphia: WB Saunders, 2002. – P. 263–268.
2. Carranza, F.A. The periodontal pocket / F.A. Carranza, P.M. Camargo // In: Newman, M.G., Takei, H.H., Carranza, F.A. (eds). Carranza's Clinical Periodontology, 9th ed. – Philadelphia: WB Saunders, 2002. – P. 336–353.
3. Gutterman, D.D. The human microcirculation – regulation of flow and beyond / D.D. Gutterman, D.S. Chabowski, A.O. Kadlec [et al.] // Circ. Res. – 2016. – Vol. 118. – P. 157–172.
4. Stern, M.D. In vivo evaluation of microcirculation by coherent light scattering / M.D. Stern // Nature. – 1975. – Vol. 254. – P. 56–58.
5. Hock, J. Clearance rates of Xenon-133 in non-inflamed and inflamed gingiva of dogs / J. Hock, K. Nuki, R. Schlenker, A. Hawks // Arch Oral Biol. – 1980. – Vol. 25. – P. 445–449.
6. Резников, И.И. Физические основы использования ультразвука в медицине: учебное пособие / И.И. Резников, В.Н. Федорова, Е.В. Фаустов [и др.]. – М.: РНИМУ им. Пирогова, 2015. – 97 с.
7. Miller, P.D. An evidenced-based scoring index to determine the periodontal prognosis on molars / P.D. Miller Jr., M.L. McEntire, N.M. Marlow, R.G. Gellin // J. Periodontol. – 2014. – Vol. 85. – P. 214–225. DOI: 10.1902/jop.2013.120675.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с гипотиреозом

Ведерникова У.Д.¹, Кормышева А.Е.¹, Бушуева Е.Ю.²

¹Студент, ²ассистент

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапевтической стоматологии и протезирования стоматологических заболеваний

г. Екатеринбург, Российская федерация

tspz@yandex.ru

Актуальность. Проблема профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с первичным гипотиреозом остается актуальной в связи с тем, что системные гормональные и метаболические нарушения, сопровождающие основной соматическое заболевание, способствуют развитию воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, микроциркуляторным и нейрорегуляторными нарушениям.

Функциональные и патогенетические изменения в слюнных железах при первичном гипотиреозе способствуют нарушению секреторной функции слюнных желез и изменению биохимических показателей ротовой жидкости. В то же время заместительная гормональная терапия тиреоидными гормонами при первичном гипотиреозе, несмотря на достижение целевых биохимических показателей, приводит к блокаде щитовидной железы и способствует снижению объема ротовой жидкости. Снижение скорости слюноотделения, изменение показателей вязкости и pH ротовой жидкости нарушает защитные свойства слюны и способствует развитию заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Коррекция качественных и количественных характеристик ротовой жидкости у пациентов с первичным гипотиреозом является необходимым дополнением схемы комплексного лечения, обеспечивающим протективный эффект в отношении риска развития заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. Проведено комплексное лечение и динамическое наблюдение в течение 1 года 90 пациентам с основным диагнозом первичный гипотиреоз в возрасте 44-59. Пациенты разделены на 3 группы: в 1-й группе 30 пациентов получали традиционную комплексную терапию, во 2-й группе 30 больных, у которых указанную терапию сочетали с препаратом направленной биокоррекции (синбиотик на основе лиофилизата пробиотических бактерий), в 3-й группе 30 человек, которым традиционную первичную пародонтологическую терапию сочетали с препаратом направленной биокоррекции и композицией на основе лактоферрина.

Результаты исследования. Анализ результатов у пациентов 1 подгруппы после окончания курса традиционного лечения на этапах динамического наблюдения выявил сохранение сниженной скорости слюноотделения в течение всего срока наблюдения. Показатели скорости слюноотделения у пациентов 2 и 3 подгруппы при лечении на фоне препаратов направленной биокоррекции восстановились до нормального уровня с незначительным снижением к концу 1 года наблюдения.

Полученные результаты после проведенного традиционного комплексного лечения в 1 группе выявили незначительное повышение показателей pH слюны через 1 месяц до 6,4 и постепенное снижение показателей к концу периода наблюдения до исходного уровня. Во второй и третьей группе достоверное увеличение показателей pH слюны до 6,8 с сохранением результата в течение первых 3 месяцев с постепенным снижением в течение года до исходных показателей.

Показатели вязкости слюны в 1 группе составили 3,2 отн.ед., с сохранением результата в течение 1 месяца с возвращением показателей до исходного уровня на последующих этапах наблюдения. Во 2 группе показатели вязкости снизились до 2,8 с сохранением результата в течение первых 6 месяцев с последующим увеличением показателей до 3,0. У пациентов 3 группы снижение показателей сохранялось в течение всего периода наблюдения.

Выводы. Разработанная схема комплексного лечения стоматологических заболеваний в сочетании с препаратом направленной биокоррекции и композиции на основе лактоферрина у пациентов с первичным гипотиреозом позволила добиться восстановления показателей скорости слюноотделения, pH и вязкости ротовой жидкости до нормальных значений. Применение препаратов направленной биокоррекции и композиции на основе лактоферрина обеспечит профилактику заболеваний слизистой оболочки полости рта, связанных с травмой.

Литература

1. Мохначева, С.Б. Изменение слюнных желез у крыс в эксперименте при гипотиреозе и метаболическом синдроме / Мохначева С.Б. Мосеева М.В. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – № 3. – С. 72-74.
2. Naik M.M. Qualitative and quantitative salivary changes and subjective oral dryness among patients with thyroid dysfunction / M.M. Naik, V. Vaddandacoumara // Indian J Dent Res. – 2018. – № 29 (1). – P. 16-21.

Систематический обзор научной литературы: доза-эффект применения соединений гиалуроновой кислоты в комплексном лечении генерализованного периодонтита

Гарбуз Е.С., Гутырчик А.А., Миронович Я.И.

Преподаватель-стажер, преподаватель-стажер, ассистент

д.м.н., профессор Денисова Ю.Л.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Кафедра периодонтологии

г. Минск, Республика Беларусь

periostom@bsmu.by

Актуальность. В современной стоматологии сохраняется проблема высокой распространенности болезней периодонта, достигая 95% среди взрослого населения [1]. Современное лечение осложнений болезней периодонта предусматривает использование комбинированных и сочетанных вариантов с применением хирургических, лекарственных и физиотерапевтических методов. Однако важность регенерации тканей периодонта на этапе поддерживающей терапии с каждым годом все чаще выносятся на обсуждения. Одним из вариантов лечения является использование лекарственных препаратов в сочетании с другими методами [4]. К таким препаратам относятся соединения гиалуроната, результаты использования которых многие специалисты отражают в своих работах. Основными критериями для оценки результатов в данных работах являлись кровотечение при зондировании (КПЗ), глубина зондирования кармана (ГЗК), рецессия десны (РД).

Цель исследования – определить доза-зависимый эффект применения препаратов гиалуроновой кислоты у пациентов с генерализованным периодонтитом по результатам систематического обзора научной литературы.

Материалы и методы. Поиск статей был проведен по ключевым словам: “hyaluronic acid”, “periodontitis”, “periodontal treatment”, – в четырех базах данных, включая PubMed (n=78), Scopus (n=3), disserCat (n=5), Virtual Health Library (n=15) и дополнен ручным поиском в журнале Пародонтология (n=5). Суммарно было найдено 106 статей, из которых 7 удовлетворяли всем критериям дизайна текущего исследования.

Результаты исследования. Общее количество субъектов, изученных во включенных исследованиях, составило 624, из которых 300 представляли группу случая – субъекты с хроническим генерализованным периодонтитом легкой степени тяжести (n=67), средней степени тяжести (n=146), тяжелой степени тяжести (n=87), – и 324 представляли контрольную группу (пациенты пародонтологического лечения, которых проводили без применения гиалуроновой кислоты). Объем вводимого препарата при лечении болезней составлял от 0,04 мл на одну инъекцию до 0,5 мл на 2 челюсти. При оценке результатов после применения препарата гиалуроновой кислоты у пациентов с хроническим генерализованным периодонтитом показатели статистически улучшились в сравнении с контрольной группой. Ряд исследований отмечают улучшение результатов функциональной диагностики на 30 – 37%.

Выводы. По результатам систематического обзора научной литературы применение препаратов гиалуроновой кислоты у пациентов с генерализованным периодонтитом целесообразно использовать для улучшения результатов комплексного лечения. В вышеописанных исследованиях гиалуронаты использовали в сочетании с другими методами лечения для достижения лучших показателей.

Литература

1. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the

- Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions / I.L.C. Chapple, B.L. Mealey [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2018. – № 45 (Suppl. 20). – P. 68–77.
2. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches. The GRADE Working Group / D. Atkins, M. Eccles, S. Flottorp [et al.] // *BMC Health Serv. Res.* – 2004. – Vol. 4, N 1. – P. 38.
 3. Prevalence of periodontitis in dentate people between 2011 and 2020: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies / D. Trindade, R. Carvalho, V. Machado [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2023. – № 50(5). – P. 604–626.
 4. Применение гиалуроновой кислоты в комплексном лечении заболеваний пародонта / Л.Ю. Орехова, Е.С. Лобода, Н.А. Яманидзе, А.Р. Галеева // *Пародонтология.* – 2018. – Т. 24, № 3. – С. 25–30.
 5. Repeated local delivery of hyaluronic acid gel as adjunctive treatment of residual pockets in periodontitis patients undergoing supportive periodontal care: a randomized controlled clinical trial / K. Bertl, S. Vlachou, N. Pandis [et al.] // *Clin. Oral Invest.* – 2024. – Vol. 28. – P. 158. DOI: 10.1007/s00784-023-05190-9.
 6. Non-surgical treatment of moderate periodontal intrabony defects with adjunctive cross-linked hyaluronic acid: a single-blinded randomized controlled clinical trial / V. Iorio-Siciliano, A. Blasi, L. Mauriello [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2025. – Vol. 52, N 2. – P. 310–322.
 7. Светлакова, Е.Н. Воспалительные заболевания пародонта: клинко-патогенетическое обоснование новых подходов к диагностике и назначению регенеративной терапии : дис. ... д-ра стоматол. наук : 3.1.7 / Е.Н. Светлакова. – Екатеринбург, 2022. – 299 с.
 8. Ефимович, О.И. Клинко-функциональное обоснование комплексного лечения пациентов с генерализованным пародонтитом, осложнённым окклюзионной травмой : дис. ... д-ра стоматол. наук : 14.01.14 / О.И. Ефимович. – Москва, 2019. – 228 с.

**Сравнительная оценка эффективности применения различных
антисептических средств для инстилляции полости рта по данным
показателя микрокристаллизации ротовой жидкости**

Гончарик К.И.

Студент

д.м.н., профессор Походенько-Чудакова И.О.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургической стоматологии

г. Минск, Республика Беларусь

surgstom@bsmu.by

Актуальность. Оптические свойства кристаллов, образуемых в результате фазового перехода в процессе дегидратации жидкости, существенно изменяются в зависимости от экзо- и эндогенных факторов, что может быть использовано в диагностических целях [2, 4]. Таким образом, исследование микрокристаллической структуры преципитатов ротовой жидкости позволяет оценить воздействие соответствующих факторов, в частности антисептических средств.

Цель исследования – сравнить эффективность антисептических препаратов, применяемых для предоперационной подготовки ротовой полости, на основании изменения показателя микрокристаллизации.

Материалы и методы. Для исследования были использованы образцы ротовой жидкости 16 пациентов в возрасте от 18 до 73 лет в 5 временных интервалах: до антисептической обработки полости рта (предварительно пациентам было предложено прополоскать рот дистиллированной водой для удаления остатков пищи), через 15 и 30 минут после инстилляцией раствором хлоргексидина биглюконата 0,05%, а также через 15 и 30 минут после рассасывания таблетки деквалина хлорида 0,25 мг (Эфизол®), осуществляемое в следующее посещение данного пациента. Нестимулированная ротовая жидкость была собрана стерильной офтальмологической пипеткой в объеме 0,3-0,5 мл и в дальнейшем нанесена на предметное стекло в виде 3 обособленных капель. Дегидратация нативных препаратов осуществлялась при комнатной температуре в условиях защиты от попадания пыли. Показатель микрокристаллизации определяли по методике И. О. Походенько-Чудаковой и соавт. (2011) [3].

Оценка значения водородного показателя (pH) осуществляли с использованием стандартных индикаторных лакмусовых бумажным тест-полосок (DailyTestStrips®) с диапазоном pH 4,5-8,0, с шагом 0,20-0,30 единиц [1].

Полученные при исследовании данные подвергали статистической обработке.

Результаты исследования. Значение показателя микрокристаллизации до антисептической обработки составило $2,68 \pm 0,40$. Через 15 минут после полоскания раствором хлоргексидина значение было $2,16 \pm 0,42$, через 30 минут – $2,32 \pm 0,49$. Через аналогичные временные интервалы после рассасывания таблетки деквалина хлорида значение показателя микрокристаллизации составило $1,90 \pm 0,35$ и $1,78 \pm 0,13$, соответственно. Оба препарата приводят к статистически значимому уменьшению значения показателя, то есть улучшению клинической картины, в течение 15 минут ($p < 0,05$ и $p < 0,001$). Однако через 30 минут с момента применения хлоргексидина биглюконата отмечается увеличение значения показателя, в то время как для деквалина хлорида показатель продолжает уменьшаться. До вмешательства отмечается обратная корреляция между значением показателя микрокристаллизации и pH ротовой жидкости ($r = -0,51$, $p < 0,05$), вместе с тем, после антисептической обработки аналогичной взаимосвязи не прослеживается, что позволяет исключить влияние ионного сдвига на процесс кристаллогенеза.

Выводы. Применение деквалина хлорида (0,25 мг) в сравнении с раствором хлоргексидина биглюконата (0,05%) с целью антисептической обработки полости рта в большей степени ассоциировано с улучшением значения показателя микрокристаллизация и более длительным остаточным действием, что целесообразно использовать при длительных оперативных вмешательствах, а также в послеоперационном периоде.

Литература

1. Букреев, Р.М. Водородный показатель кислотности смешанной слюны как клинический тест биохимического состояния ротовой полости / Р.М. Букреев // Международный студенческий научный вестник. – 2023. – № 2.
2. Количественная характеристика кристаллографической картины ротовой жидкости в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта / Н.В. Булкина [и др.] // Вестник новых медицинских технологий [Электронный журнал]. – 2013. – № 1.
3. Походенько-Чудакова, И.О. Способ оценки эффективности проведенного лечебного мероприятия при гнойно-воспалительном заболевании челюстно-лицевой области / И.О. Походенько-Чудакова, Ю.М. казакова, Н.Д. Походенько // Афіційны бюл. вынаходства, карысныя мадэлі, прамысловыя зоры. – 2011. – № 3 (80). – 137 с.
4. Физико-химические процессы и механизмы дегидратационной самоорганизации биологических жидкостей. (Обзор) / Е.Д. Другова [и др.] // Химия и технология органических веществ. – 2018. – Т. 5, № 1. – С. 64–74. DOI: 10.54468/25876724_2018_1_64.

Новационный метод оценки стоматологического статуса полости рта

Еганян Д.Г.

Соискатель ученой степени кандидата медицинских наук

д.м.н., профессор Подойникова М.Н.

д.м.н., профессор, лауреат Государственной премии РФ Александров М.Т.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области

«Московский областной научно-исследовательский клинический институт

им. М. Ф. Владимирского»

Кафедра стоматологии

г. Москва, Российская Федерацию

Eganyandavid@mail.ru

Стоматологический статус представляет собой важнейший компонент организма человека, играющий ключевую роль в поддержании гомеостаза внутренней среды при воздействии различных факторов внешней и внутренней среды. Его показатели служат объективными маркерами, позволяющими дифференцировать нормальное состояние от патологических изменений, включая микробные поражения тканей полости рта, нарушения минерализации твердых тканей зубов и другие распространенные стоматологические заболевания. Однако современная стоматологическая практика сталкивается с существенными проблемами в оценке этих показателей [1-4].

Основным методом диагностики по-прежнему остается визуальная оценка, которая характеризуется высокой степенью субъективности и значительной вариабельностью результатов. На точность диагностики существенно влияют такие факторы, как условия освещенности рабочего места, особенности цветовосприятия врача и его физиологическое состояние. Эти аспекты часто не учитываются при традиционных методах обследования, что объясняет высокую погрешность получаемых результатов, достигающую в некоторых случаях 30-40% [1-8].

Особую актуальность приобретает разработка новых объективных методов диагностики, способных устранить существующие ограничения. В этом контексте особый интерес представляет Раман-флуоресцентная технология, предлагающая принципиально новый подход к оценке стоматологического статуса. Данная методика позволяет проводить количественную оценку состояния тканей полости рта, минимизировать субъективный фактор в диагностике и получать результаты в режиме реального времени [4-8].

Применение этой технологии открывает возможности для раннего выявления признаков деминерализации, точной оценки степени микробной контаминации и объективного мониторинга эффективности проводимого лечения. Важными преимуществами метода являются его неинвазивность, возможность стандартизации диагностического процесса и проведения динамического наблюдения. Клинические исследования демонстрируют, что использование данной технологии позволяет повысить точность диагностики на 25-30%, сократить время обследования и выявлять патологические изменения на доклинических стадиях [4-8].

Перспективы развития этого направления связаны с созданием комплексных диагностических алгоритмов, разработкой цифровых стандартов оценки состояния полости рта и внедрением автоматизированных систем поддержки врачебных решений. Подобные инновационные подходы создают основу для развития персонализированной стоматологии и внедрения доказательных методов в клиническую практику, что в конечном итоге способствует повышению качества стоматологической помощи [4-8].

Литература

1. Карасева В.В. Оценка стоматологического статуса, контроля индивидуальной гигиены и качества жизни пациентов с дефектами челюстей в сочетании с

- медикаментозно ассоциированным остеонекрозом / В.В. Карасева, Т.М. Еловикова, А.С. Кошечев // Стоматология. – 2020. – Т. 99, № 5. – С. 80-86.
2. Оценка стоматологического гигиенического статуса студентов различных факультетов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова на основании анкетирования и данных объективного обследования / И.М. Макеева, А.Ю. Туркина, З.С. Будайчиева, Э.Г. Маргарян // Рос. стоматол. журн. – 2017. – Т. 21, № 6. – С. 337–339. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2017-21-6-337-339>.
 3. Методические аспекты оценки состояния гигиены полости рта у лиц молодого возраста / Н.Е. Ширшова, В.Р. Тесленко, О.С. Гилева // Перм. мед. журн. – 2006. – № 6. – С. 107–112. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskie-aspekty-otsenki-sostoyaniya-gigieny-polosti-rta-u-lits-molodogo-vozrasta> (дата обращения: 04.05.2025).
 4. Оценка уровня гигиены полости рта и состояния тканей пародонта у интернов и ординаторов кафедры терапевтической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова / О.И. Адмакин, И.М. Макеева, К.С. Бабина, Т.С. Иванова // Сеченов. вестн. – 2015. – № 3 (21). – С. 27–30. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-urovnya-gigieny-polosti-rta-i-sostoyaniya-tkaney-parodonta-u-internov-i-ordinatorov-kafedry-terapevticheskoy-stomatologii> (дата обращения: 04.05.2025).
 5. Проблемные вопросы оценки гигиенического состояния полости рта и их клиническое решение / М.Т. Александров, В.Н. Олесова, Е.Ф. Дмитриева [и др.] // Стоматология. – 2020. – Т. 99, № 4. – С. 21–26.
 6. Применение лазерной флуоресценции для оценки гигиенического состояния полости рта / М.Т. Александров, А.А. Воробьев, Е.П. Пашков [и др.] // Вестн. РАМН. – 2003. – С. 39–44.
 7. Александров, М.Т. Лазерные Раман-флуоресцентные медицинские технологии в стоматологии: от эксперимента к клинике / под ред. М.Т. Александрова. – Москва : КнигИздат, 2020. – 160 с.
 8. Александров, М.Т., Бажанов, Н.Н. [и др.]. Стоматология (XX век): учебник для вузов. – М. : ГОЭТАР-Медиа, 2008. – 415 с.

**Особенности периодонтологического статуса у пациентов с болезнями периодонта
в постковидном периоде
Егорова К.Ю.**

Ассистент

д.м.н., профессор Денисова Ю.Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра периодонтологии

г. Минск, Республика Беларусь

periostom@bsmu.by

Актуальность. В настоящее время в литературе отсутствуют всесторонние данные о клинической и лабораторной оценке периодонтологического статуса у пациентов, перенёсших инфекцию COVID-19. Этим обусловлена разноречивость вопроса влияния коронавирусной инфекции на течение болезней периодонта, что требует его дальнейшего изучения.

Цель исследования – провести оценку периодонтологического статуса у пациентов с болезнями периодонта в постковидном периоде.

Материалы и методы. Исследования проводили на базах кафедры периодонтологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» и УЗ «10-я городская клиническая больница». В нем приняли участие 100 пациентов.

Пациенты были разделены на 3 группы. Контрольную группу составили 30 добровольцев с интактным периодонтом (возраст 20-24 года, 15 женщин и 15 мужчин). Первую группу составили 35 практически здоровых пациентов, находившихся на динамическом наблюдении у врача-стоматолога по поводу диагноза «хронический генерализованный периодонтит средней степени тяжести», не имевших перенесённую коронавирусную инфекцию в анамнезе (возраст 36-64 года, средний возраст $51,1 \pm 2,9$; 19 женщин и 16 мужчин). Вторую группу составили 35 практически здоровых пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении у врача-стоматолога по поводу диагноза «хронический генерализованный периодонтит средней степени тяжести» и перенёсших коронавирусную инфекцию, документально подтверждённую данными ПЦР-исследования (возраст 36-65 лет, средний возраст $52,1 \pm 1,4$; 20 женщин и 15 мужчин). Средняя давность перенесённой инфекции COVID-19 во второй группе на момент обследования составила $6,8 \pm 1,8$ месяцев.

Пациентам проводили обследование согласно клиническим протоколам диагностики и лечения стоматологического пациента, утверждённым Министерством здравоохранения Республики Беларусь, включающее обязательные и дополнительные диагностические мероприятия [1,2,3].

Статистический анализ данных проводили в программе «Statistica 10.0» для Windows. Результаты выражали как среднее арифметическое $M \pm$ стандартная ошибка (m). Статистически значимыми считали показатели при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Контрольную группу составили 30 добровольцев с интактным периодонтом, у которых определяли хорошее состояние тканей периодонта: ОНI-S — $0,53 \pm 0,03$; PLI — $0,42 \pm 0,01$; GI — $0,63 \pm 0,03$; РМА — $8,1 \pm 0,6$; йодное число Свракова — $1,4 \pm 0,1$; PI — $0,06 \pm 0,01$; глубина периодонтального зондирования — $2,1 \pm 0,1$ мм; IR — $2,2 \pm 0,9\%$; время образования вакуумной гематомы — $61,1 \pm 0,3$ с; ИПК — $81,3 \pm 2,8\%$. При осмотре отмечали бледно-розовый цвет десны, ее плотную консистенцию, отсутствие кровоточивости при зондировании.

По результатам исследования, показатели гигиенических индексов пациентов первой и второй группы не имели статистически значимых различий (среднее значение индекса ОНI-S в первой группе составило $0,57 \pm 0,03$ и во второй группе $0,59 \pm 0,04$; среднее значение индекса PLI во первой и второй группах составило $0,47 \pm 0,01$ и $0,48 \pm 0,01$ соответственно).

По данным оценки уровня вовлечения десны в патологический процесс, во второй группе показатели индексов были достоверно хуже, чем у пациентов первой группы, а именно: во второй группе среднее значение гингивального индекса GI составило $1,8 \pm 0,3$, что в 2,3 раза выше, чем у пациентов первой группы ($0,8 \pm 0,07$) ($p < 0,05$); среднее значение индекса РМА во второй группе составило $49,5 \pm 3,1\%$, что в 5,4 раз выше, чем у пациентов первой группы ($8,9 \pm 0,8\%$) ($p < 0,05$); средние значения йодного числа Свракова во второй и первой группах составили $3,7 \pm 0,2$ и $1,7 \pm 0,1$ соответственно (в 2,2 раз выше у пациентов второй группы) ($p < 0,05$).

Среднее значение периодонтального индекса PI во второй группе составило $3,4 \pm 0,4$, что в 2,3 раза выше первой группы – $1,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

Средние значения глубины периодонтального зондирования в первой и второй группах составили $4,1 \pm 0,2$ и $5,4 \pm 0,4$ соответственно (во второй группе в 1,3 раза выше по сравнению с первой) ($p < 0,05$).

По результатам определения индекса рецессии десны IR, среднее значение индекса во второй группе составило $35,8 \pm 3,2\%$, что в 2,14 раз выше по сравнению с первой группой ($16,7 \pm 2,1\%$) ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, по результатам клинической оценки состояния тканей периодонта, у пациентов в постковидном периоде наблюдали изменение показателей объективных тестов состояния тканей периодонта в сторону ухудшения (GI, РМА, йодное число Свракова, PI) что может свидетельствовать о неблагоприятном влиянии инфекции COVID-19 на состояние тканей периодонта.

Литература

1. Дедова, Л. Н. Вакуум-дарсонвализация в лечении заболеваний периодонта и слизистой оболочки полости рта: Клинико-экспериментальное исследование: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.21 / Минск. гос. мед. ин-т. - Минск, 2000. - 36 с.
2. Дедова, Л.Н. Диагностика болезней периодонта: учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова. – Мн.: БГМУ, 2004. – 70 с.
3. Стоматология : сб. клин. протоколов : в 2-х ч. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь ; под общ. ред. С. П. Рубниковича. – Минск : БГМУ, 2023. – Ч. 1. – 465 с.; Дедова, Л.Н. Диагностика болезней периодонта: учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова. – Мн.: БГМУ, 2004. – 70 с.

Влияние стресса на развитие заболеваний пародонта

Заболотная А.В., Господаренко К.А.

Студент, ординатор

к.м.н., доц. Мусаева Р.С., к.м.н., доц. Тачалов В.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад.

И.П.Павлова

Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

alina.zabolotnaia28@yandex.ru

Актуальность. Количество пациентов с заболеваниями пародонта с каждым годом растет, так же, как и количество людей с хроническим стрессом. Комплексный подход к исследованию взаимосвязи перечисленных факторов имеет важное значение для планирования эффективного лечения и профилактики заболеваний пародонта [2].

Цель исследования – изучить взаимосвязь между личностной тревожностью пациентов и заболеваниями пародонта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов в возрастном диапазоне от 35 до 50 лет с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести. Уровень стресса оценивали с помощью шкалы личностной тревожности Спилберга-Ханина [3], а клинические показатели пародонтита – с помощью зондирования пародонтальных карманов, оценки ортопантограммы, индекса гигиены Федорова-Володкиной, индекса Рассела и индекса кровоточивости Muhlemann-Cowell. Проведена корреляция по Спирмену [1] уровня тревожности с гигиеническим индексом Федорова-Володкиной.

Результаты исследования. По данным обследования 30 пациентов в возрастном диапазоне от 35 до 50 лет с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести, у 20% была выявлена низкая тревожность, у 70% – умеренная тревожность и у 10% – высокая тревожность по личностной шкале Спилберга-Ханина. Хороший гигиенический индекс Федорова-Володкиной отмечался у 26,7% обследуемых, удовлетворительный у 66,7%, а неудовлетворительный лишь у 6,6%. При помощи зондирования у всех пациентов была определена глубина пародонтальных карманов до 4 мм. На ортопантограмме у обследуемых отмечалась резорбция замыкающих кортикальных пластинок вершин межзубных перегородок смешанного типа, характерная для пародонтита легкой степени тяжести. Значения пародонтального индекса Рассела не превышают 1,0, что соответствует начальной и легкой степени патологии пародонта. Значения индекса кровоточивости Muhlemann-Cowell в диапазоне от 0,5 до 1,0, из чего был сделан вывод о наличии воспаления легкой степени тяжести. Корреляция по Спирмену (rs) уровня тревожности с гигиеническим индексом Федорова-Володкиной $\approx +0,48$ — умеренная положительная корреляция. Данный показатель свидетельствует о том, что пациенты с более высокой тревожностью хуже соблюдают гигиену полости рта, что может стать одной из причин развития пародонтита.

Выводы. На основании клинических данных нашего исследования можно сделать вывод о наличии корреляции между хроническим стрессом и заболеваниями пародонта, а также о необходимости совместной курации таких пациентов врачами психотерапевтами и пародонтологами.

Литература

1. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования: анализ и интерпретация данных / А. Д. Наследов. – Санкт-Петербург: Речь, 2012. – 64 с.
2. Пичугина, Е. Н. Индивидуальный подход к лечению пациентов стоматологического профиля в зависимости от их психологического статуса / Е. Н. Пичугина, А. Р.

Арушанян // II Всероссийская неделя медицинской науки с международным участием: сб. ст. и тез. – 2014.

3. Ханин, Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин. – Ленинград, 1976. – 198 с.

Клинический случай: опыт лечения гиперпластического гингивита у пациента с плохой гигиеной полости рта
Казакова А.Е.

Студент

к.м.н., доцент Воронин П.А.

*ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ИМД
г. Москва, Российская Федерация
pavelvoronin2008@yandex.ru*

Актуальность. Лечение фиброзной формы гиперпластического гингивита сопряжено с рядом сложностей, возникающих на этапе выбора метода лечения. Врач-стоматолог обладает целым спектром неинвазивных и инвазивных методик для лечения гингивита. Проблематика гиперпластического гингивита кроется в том, что заболевание прогрессирует самостоятельно: при неудовлетворительной гигиене полости рта на пришеечных и контактных поверхностях зубов накапливаются мягкие и твердые зубные отложения, которые приводят к постоянному механическому и химическому раздражению маргинальной десны, происходит ее реактивное разрастание. При длительном течении и индивидуальной предрасположенности происходит фиброзное перерождение измененных тканей; в этом случае устранения причинного фактора уже недостаточно для восстановления изначального контура десны и требуется хирургическая коррекция [1].

Цель исследования – поиск наиболее эффективной стратегии лечения фиброзной формы гиперпластического гингивита на примере пациента с фиброзным гиперпластическим гингивитом средней степени тяжести, не отягощенным сопутствующими общесоматическими заболеваниями и не связанным с приемом медикаментов [2].

Материалы и методы. Клиническая картина до начала лечения: десневые сосочки в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти гипертрофированы, уплотнены, перекрывают до ½ высоты клинических коронок зубов, маргинальная десна и вершины сосочков гиперемизированы, отечны, болезненны, кровоточат при пальпации. На зубах верхней и нижней челюсти – обильные отложения мягкого налета и зубного камня.

Первая фаза лечения включала мотивацию пациента, обучение индивидуальной гигиене, удаление зубных отложений в два этапа под местной анестезией: первый этап – снятие наддесневых и поддесневых отложений, местная противовоспалительная и антимикробная терапия. После нивелирования воспалительного отека тканей, две недели спустя, во второй этап были удалены остатки поддесневого зубного камня; зубодесневая борозда доступна для зондирования: зубодесневое прикрепление в области всех зубов сохранено. Дальнейшие встречи с пациентом были направлены на мониторинг уровня индивидуальной гигиены, поддержание гигиены полости рта.

Результаты исследования. Несмотря на приверженность лечению и регулярную профессиональную гигиену, десневые разрастания не позволяли пациенту самостоятельно полностью очищать все поверхности зубов, о чем свидетельствовали точечные зоны отека и гиперемии в пришеечных областях некоторых зубов. Для облегчения осуществления гигиенических процедур и эстетической коррекции совместно с пациентом было принято решение о гингивэктомии. Гингивэктомия проводилась в два этапа: поочередно на нижней и на верхней челюсти с применением хирургического скальпеля и лазерной коагуляции, наложением пародонтальной повязки на 2 суток, на этапах заживления применялись кератопластические средства. После полного заживления контур десны находился на естественном физиологическом уровне

[3,4,5,6,7]. Мониторинг пациента в течение года после операции показал, что новый уровень десневого контура удалось сохранить на верхней челюсти; на нижней челюсти наблюдался отек и увеличение десневых сосочков менее 1/3 высоты клинических коронок зубов, связанные со сложностями очищения зубов нижней челюсти.

Выводы. Сочетание консервативного лечения и гингивэктомии хорошо показало себя для функциональной и эстетической коррекции десны при фиброзном гиперпластическом гингивите. В случае, если пациент не справляется с очищением поверхностей зубов, эффективность лечения снижается, заболевание рецидивирует.

Литература

1. Herbert F. Wolf Color Atlas of Dental Hygiene: Periodontology / F. Wolf Herbert, M. Hassell Thomas. Thieme Verlagsgruppe, 2006. – p. 352. ISBN: 9783131417619.
2. Agrawal A.A. Gingival enlargements: Differential diagnosis and review of literature / A.A. Agrawal // World J Clin Cases. – 2015. – Vol. 3, № 9. – P. 779-788. DOI:10.12998/wjcc.v3.i9.779.
3. Хирургическая стоматология: национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021 – 408 с. – ISBN 978-5-9704-6001-6.
4. Maboudi A. Gingivectomy with Diode Laser Versus the Conventional Scalpel Surgery and Nonsurgical Periodontal Therapy in Treatment of Orthodontic Treatment-Induced Gingival Enlargement: A Systematic Review / A. Maboudi, R. Fekrazad, A Shiva et al. // Mary Ann Liebert Inc. – 2023. – Vol. 41, №9. – P. 449-459. DOI: 10.1089/photob.2023.0060.
5. Beaumont J. Gingival overgrowth: Part 1: aetiology and clinical diagnosis / J. Beaumont et al. // British dental journal. – 2017. – Vol. 222, № 2. – P. 85-91. DOI:10.1038/sj.bdj.2017.71.
6. Chesterman J. Gingival overgrowth: Part 2: management strategies / J. Chesterman et al. // British dental journal. – 2017. – Vol. 222, № 3. – P. 159-165. DOI:10.1038/sj.bdj.2017.111.

Значение ключевых эндогенных модуляторов эпителиальной проницаемости при воспалительных заболеваниях пародонта

Кейцлер М.И., Богатырева Р.М., Островская И.Г.

Аспирант, ассистент, научный консультант

д.м.н., профессор Атрушкевич В.Г.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»,

Кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии

г. Москва, Российская Федерация

mari.keytsler@mail.ru

Актуальность. Согласно современной модели развития пародонтита, сдвиг микробиоты в сторону дисбактериоза может индуцировать антимикробные защитные механизмы через иммунный ответ хозяина (например, активация эпителиально-мезенхимальной трансформации), либо проявлять прямую активность в отношении патогенов, разрушающих эпителиальный барьер, что ведёт к усилению проявлений воспалительных заболеваний пародонта [1,2,3].

Цель исследования – провести анализ уровня белков плотных контактов для определения функционального состояния десневого эпителия с помощью протеомного профиля десневой жидкости/содержимого пародонтальных карманов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы. В клиническом исследовании приняли 15 пациентов, которые обратились на кафедру терапевтической стоматологии и пародонтологии РосУниМеда. Пациенты предварительно подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Все пациенты были разделены 2 группы в соответствии с поставленным диагнозом: 1-я группа -пациенты с условно интактным пародонтом (Int_Gin, P-int), 2-я группа -пациенты с хроническим пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести (Gen_Paro, P-Gen). Клинические методы: пародонтальные индексы: GI, PBI, CAL, индекс Фукса; рентгенологические методы исследования: ОПТГ, КТ. Лабораторные методы: хромато-масс-спектрометрический анализ. Образцы загружали на изготовленную в лаборатории предколонку 50 x 0.1 мм, упакованную сорбентом Reprosil-Pur 200 C18-AQ 5 mm (Dr. Maisch), в растворе, содержащем 2% ацетонитрила, 98% H₂O, 0.1% ТФУ, при скорости потока 4,2 мкл/мин и разделяли при комнатной температуре на колонке из плавленого кварца 300 x 0.1 мм с эмиттером, изготовленной на приборе P2000 Laser Puller (Sutter, USA) и упакованной в лаборатории сорбентом Reprosil PUR C18AQ 1.9 (Dr. Maisch). Обращенно-фазную хроматографию проводили на хроматографе Ultimate 3000 Nano LC System (Thermo Fisher Scientific), соединенным с масс-спектрометром Orbitrap Lumos Tribrid mass spectrometer (Thermo Fisher Scientific) посредством наноэлектроспрейного источника (Thermo Fisher Scientific). Анализ масс-спектрометрических данных проводили с помощью компьютерной программы Peaks studio 10.0 (Bioinformatics Solutions Inc.) [4].

Результаты исследования. Ни одного представителя семейства окклюдинов и клаудинов в образцах 2-х групп не было найдено. Обнаружены только представители семейства CDH (Major Cadherins): CDH-1 (E-cadherin), Dsc-1 (Desmocollin – 1), Dsc-2 (Desmocollin – 2), Dsg-1 (Desmoglein – 1), Dsg-3 (Desmoglein – 3). Сравнение пародонтальных индексов в группе Int_Gin: GI= 0.71, PBI=0.6, CAL=0,35, индекс Фукса= 1, в группе Gen_Paro: GI= 1.7, PBI=1.3, CAL=1.85, индекс Фукса= 0.36. Среднее ($\pm 1SD$) суммарное содержание белков из группы кадгеринов в образцах из двух групп: P-int= 109.70 $\pm$ 6.57, P-Gen= 106.63 $\pm$ 3.44. Попарное сравнение двух групп t-критерием Стьюдента по всем белкам с поправкой на множественные сравнения не выявило значимой разницы ни по одному из кадгериновых белков между разными группами пациентов (q-значение> 0.05).

Выводы. Таким образом, из мембранных белков, которые способны влиять на проницаемость TJ под действием различных стимулов, при проведении лабораторного анализа были выявлены кадгерины. В группе с условно интактным пародонтом: CDH-1= 21.28 ± 0.82 ; Dsc-1= 22.57 ± 2.19 ; Dsc-2= 21.37 ± 2.14 ; Dsg-1= 22.74 ± 2.42 ; Dsg-3= 21.74 ± 1.08 . В группе пациентов с хроническим пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести: CDH-1= 20.74 ± 1.06 ; Dsc-1= 20.68 ± 1.07 ; Dsc-2= 21.97 ± 0.30 ; Dsg-1= 21.75 ± 2.30 ; Dsg-3= 21.49 ± 1.12 . Определение белков плотных контактов семейства кадгеринов в десневой жидкости содержимого пародонтальных карманов может быть полезным инструментом для диагностики, мониторинга и коррекции патологических процессов, связанных с нарушениями проницаемости, что требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Роль взаимодействия микробиоты и эпителиального барьера в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: систематический обзор / М.И. Кейцлер, Е.С. Слажнева, И.Г. Островская, В.Г. Атрушкевич // Пародонтология. – 2024. – Т. 29, № 4. – С. 366–377.
2. Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний / Л.Ю. Орехова, В.Г. Атрушкевич, Д.В. Михальченко, И.А. Горбачева, Н.В. Лапина // Пародонтология. – 2017. – Т. 21, № 3. – С. 50.
3. Генетические предикторы развития пародонтита: проблемы и перспективы (обзор литературы) / Е.А. Тихомирова // Пародонтология. – 2022. – Т. 27, № 1. – С. 32–60.
4. PEAKS: powerful software for peptide de novo sequencing by tandem mass spectrometry / B. Ma [et al.] // Rapid Commun. Mass Spectrom. – 2003. – Vol. 17. – P. 2337–2342.

Показатели жирных кислот в ротовой жидкости как маркер кариесрезистентности

Коляда А.А.

Ординатор

к.м.н., доцент Осипова В.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

lilacviolet@mail.ru

Актуальность. Несмотря на очевидные успехи в профилактике кариеса зубов, эта болезнь все еще представляет серьезную проблему для здравоохранения в большинстве стран мира [1]. В связи с этим существует необходимость изучения диагностических критериев кариеса, в частности, биохимических свойств ротовой жидкости как одного из них [2, 3]. Развитие точных, экономичных и программируемых методов диагностики является актуальным вопросом. Неинвазивная автоматизированная система для раннего выявления кариеса может стать незаменимым инструментом для врачей-клиницистов [4].

Цель исследования – установление информативности определения концентрации короткоцепочечных жирных кислот и их изомеров в диагностике кариеса.

Материалы и методы. Изучение профиля короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) проводилось методом газожидкостной хроматографии. Определялись следующие показатели: концентрация уксусной кислоты (ацетат, C2); концентрация суммы изокилот; анаэробный индекс – отношение суммы пропионовой и масляной кислот к уксусной кислоте. Проведено обследование 30 человек в возрасте от 38 до 64 лет. Пациентам проводили стандартное стоматологическое обследование и определение концентрации короткоцепочечных жирных кислот в слюне. Статистически значимыми признавались значения при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. КЖК являются продуктами метаболизма микробиоценоза и характеризуют его структуру и протеолитическую активность. Для оценки состояния микробиоценоза рекомендуется использовать пороговые значения КЖК и анаэробный индекс, что является показателем взаимоотношения микробиоценоза и макроорганизма. Определение концентрации короткоцепочечных жирных кислот выявило достоверные различия по показателям концентрации уксусной кислоты (точка переключения 0,376 мг/г), концентрации суммы изокилот (точка переключения 0,010 мг/г) и анаэробного индекса (точка переключения 0,248 ед.). При низкой кариесрезистентности анаэробный смещается в область резко отрицательных значений, что отражает активность анаэробных бактерий, участвующих в патогенезе кариеса.

Выводы. Неинвазивная диагностика методом определения концентрации КЖК и их изомеров в слюне, в особенности концентрации уксусной кислоты, суммы изокилот и определение анаэробного индекса обладает значительной информативной ценностью в диагностике кариеса зубов, что открывает новые возможности диагностики кариозного процесса.

Литература

1. Современные аппаратные методы ранней диагностики кариеса зубов / Н.П. Калашникова, О.Г. Аврамова, Т.В. Кулаженко, В.В. Горячева, С.В. Хохлова // Стоматология. – 2022. – Т. 101. – № 1. – С. 89-95.
2. Израйлов, А.М. Современные подходы к диагностике ксеростомии / А.М. Израйлов, И.Н. Антонова // Пародонтология. -2023. –Т. 28. – № 3. – С. 235-246.
3. Kotelban A.V. Physico-chemical properties of the oral fluid and their importance in ensuring dental health / A.V. Kotelban // Inter Collegas. – 2023. – Vol. 10, № 1. – 5 p.

4. El-Sharkawy Y.H. Non-invasive caries detection and delineation via novel laser-induced fluorescence with hyperspectral imaging / Y.H. El-Sharkawy, S. Elbasuney // Photodiagnosis and photodynamic therapy. – 2022. – Vol. 40. – P. 103186. DOI:10.1016/j.pdpdt2022.103186.

Влияние амбушюра саксофониста на состояние нижней губы

Летуновский А.Е.

Студент

к.м.н., ассистент Лаптева Л.И.

ФГБОУ ВО "РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ" Минздрава России

Кафедра профилактики стоматологических заболеваний

г. Москва, Российская Федерация

letunovskyaleksander@yandex.ru

Актуальность. Стоматологи отмечают, что профессиональные музыканты – саксофонисты обращаются с жалобами на болевые ощущения в области нижней губы [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Техника игры музыканта на саксофоне существенно отличается от других духовых инструментов и связана с постоянным и значительным напряжением нижней губы. Во время исполнения музыки мундштук саксофона упирается в нижнюю губу, которая при этом натягивается на нижние резцы и клыки [2]. Такая позиция необходима для контроля над звуком и вибрацией трости, но приводит к постоянному давлению во время игры на фронтальный отдел нижних зубов, ткани пародонта и ограниченный участок слизистой. В условиях регулярной и продолжительной игры это давление вызывает микротравмы, нарушает отток секрета из малых слюнных желёз, что может провоцировать формирование ретенционных кист нижней губы [3]. В научных материалах по этой проблеме нам не удалось найти конкретные профилактические рекомендации для музыкантов по предупреждению развития осложнений микротравм в области нижней губы. Поэтому возникает необходимость в дальнейшем изучении этой темы и разработке профилактических мероприятий.

Цель исследования – клиническое изучение состояния тканей нижней губы у саксофонистов.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 20 саксофонистов в возрасте от 12 до 45 лет, имеющие профессиональный стаж от 2 до 30 лет. В рамках исследования была разработана анкета, включающая вопросы, направленные на выявление ощущений и жалоб, связанных с состоянием нижней губы во время и после игры на саксофоне. Клиническое обследование включало визуальную и пальпаторную оценку состояния тканей нижней губы. Для выявления зависимости между величиной инструментальной нагрузки и степенью выраженности клинических симптомов использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования. Проведенное анкетирование указало на наличие жалоб у всех участников исследования на дискомфорт и болевые ощущений в области нижней губы во время или после игры. Клинический осмотр тканей нижней губы выявил гиперемию слизистой оболочки по линии контакта с режущим краем нижних резцов у всех пациентов после музыкальной нагрузки. Также исследование позволило выявить симптомы, указывающие на наличие ретенционных кист в области нижней губы у 9 музыкантов.

Выводы. Полученные данные показали, что регулярная нагрузка и микротравматизация слизистой оболочки, является фактором риска возникновения воспалительных процессов и причиной формирования ретенционных кист нижней губы среди саксофонистов. Нами выявлена ранговая корреляционная зависимость (коэффициент ранговой корреляция Спирмена-0,83) степени выраженности клинических изменений тканей нижней губы с длительностью и регулярностью игры на музыкальном инструменте.

Литература

1. Кислицына, А.В. Особенности стоматологического статуса музыкантов различных специальностей / А.В. Кислицына // Российский стоматологический журнал. – 2020. – Т. 24, №4. – С. 229–232.
2. Золотницкий, И.В. Стоматологический портрет российского музыканта, играющего на духовых инструментах / И.В. Золотницкий // Российский стоматологический журнал. – 2015. – Т. 19, №3. – С. 22–26.
3. Богатов, В.В. Лечение кист малых и подъязычных слюнных желез лазером / В.В. Богатов, В.В. Выборнов, И.Ю. Малиновский // Стоматология. – 2011. – №1. – С. 42–45.

Клиническая эффективность аппарата DIAGNOdent в диагностике скрытого кариеса зубов у подростков с несъёмными ортодонтическими конструкциями
Ли Ц., Гао Ю.

Аспирант, аспирант

д.м.н., профессор Дудник О.В., д.м.н., профессор Дыбов А.М.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

г. Москва, Российская Федерация

lbj993559@gmail.com

Актуальность. Цифровая трансформация открывает новые диагностические перспективы в раннем выявлении кариеса, преодолевая ограничения классических методов диагностики [1]. Современная стоматология активно внедряет цифровые технологии для ранней неинвазивной диагностики кариеса зубов, среди которых лазерный флуоресцентный прибор DIAGNOdent (KaVo, Германия) занимает одно из лидирующих мест [2]. Традиционные методы определения кариеса базируются на двух ключевых подходах, таких как визуально-тактильном исследовании с применением стоматологического зеркала и зонда и методах витального окрашивания зубов [3]. Актуальность исследования подтверждается необходимостью оптимизации раннего выявления патологии твёрдых тканей зубов в условиях затруднённого визуального контроля и повышенного риска развития кариеса у подростков в период ортодонтического лечения на несъёмных ортодонтических аппаратах.

Цель исследования – проведение сравнения точности диагностики кариеса зубов традиционными и аппаратным методами у подростков, проходящих ортодонтическое лечение на несъёмной дуговой технике.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов в возрасте 14–18 лет, проходящих ортодонтическое лечение на несъёмной дуговой технике (брекет-система). Диагностика кариеса у всех 30 (100%) пациентов проводилась двумя методами: традиционным способом (визуальный осмотр, зондирование, окрашивание) и цифровым методом — аппаратное сканирование лазерным флуоресцентным прибором DIAGNOdent (KaVo, Германия). Проводили оценку индекса КПУ (кариес, пломбированные, удалённые зубы), интенсивности кариеса, распределения кариозных поражений по поверхностям зубов. Статистический анализ (SPSS 26.0, $p < 0,001$) подтвердил достоверность результатов.

Результаты исследования. Традиционный метод диагностики выявил 50 кариозных очагов (среднее значение: $1,67 \pm 0,96$ на пациента). Применение цифрового аппарата DIAGNOdent позволило обнаружить дополнительные 20 очагов, увеличив общее количество до 70 (среднее значение: $2,3 \pm 1,35$ на пациента). Статистически подтверждено, что аппаратный метод превосходит традиционный на 40% по диагностической эффективности ($p < 0,001$). Распределение дополнительных очагов: 35% ($n = 7$) локализовались на апроксимальных поверхностях, 30% ($n = 6$) в пришеечной области, 15% ($n = 3$) на окклюзионных поверхностях, 15% ($n = 3$) на лингвальных/палатинальных участках, 5% ($n = 1$) на вестибулярных поверхностях в зоне фиксации брекетов. Клиническая значимость выявленных дополнительных очагов подтверждается их локализацией в зонах повышенного кариесогенного риска - 65% ($n=13$) обнаружены в пришеечной области и апроксимальных поверхностях, где визуальный контроль осложнён наличием ортодонтических конструкций. Индекс КПУ при проведении традиционного метода составил $2,33 \pm 1,82$, при использовании аппарата DIAGNOdent — $3,0 \pm 2,27$. Интенсивность кариеса увеличилась с $0,19 \pm 0,10$ до $0,24 \pm 0,12$, различия между традиционными и цифровым методами статистически значимы ($p < 0,001$).

Выводы. Полученные результаты наглядно демонстрируют клиническую эффективность и значимость цифрового аппарата DIAGNOdent для выявления скрытых кариозных поражений, особенно в зонах с наличием ортодонтических конструкций. Цифровой аппарат DIAGNOdent выявил на 40% больше кариозных очагов, в сравнении с традиционными методами диагностики, преимущественно в труднодоступных зонах (апроксимальные/пришеечные поверхности), что подтверждает его клиническую эффективность ($p < 0,001$) применения при диагностике кариеса зубов у подростков, проходящих ортодонтическое лечение на несъёмной дуговой технике.

Литература

1. Си, А.Б. За пределами традиционных методов: Перспективы цифровых решений в стоматологическом здоровье / А.Б. Си // Цифровая стоматология. – 2022. – Т. 13. – № 4. – С. 45-50.
2. Чжан, Х. Исследование методов быстрого обнаружения кариеса / Чжан Хаоин, Хуанфу Шэннань, Гао Тицзе, Лай Гуаньюнь, Сян Хуачжун, Чжэн Ган, Чэнь Минхуэй, Ван Цзюнь, Ван Чэн // Оптические приборы. – 2021. – Т. 43. – № 2. – С. 89-94.
3. Вавренчик, А.М. Application of DIAGNOcam in the diagnosis of dental caries in patients with orthodontic treatment / А.М. Вавренчик, А.М. Квасневская, И. Стружицка [и др.] // Forum Ortod. – 2021. – Т. 12. – № 3. – С. 89–100.

Характеристика микробного «пейзажа» и местного иммунитета слизистой оболочки протезного ложа до и после наложения полных съемных протезов
Матафонова У.О., Ранжуров В.В.

Студент, ординатор

д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л., д.м.н., доцент Кибалина И.В.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Кафедра ортопедической стоматологии

Кафедра нормальной физиологии имени профессора Б.И. Кузника

г. Чита, Российская Федерация

ypisarevskij@yandex.ru

Актуальность. Экосистема ротовой полости зависима от многих этиологических факторов и, в том числе, очевидно, от наличия зубов, частичного или полного их отсутствия [1]. Зубы и их фиссуры, кариозные полости, корни, сулькулярная десна, зубной налет и зубной камень могут являться своеобразными нишами для роста, размножения и жизнедеятельности микроорганизмов. Логично предположить, что частичное отсутствие зубов, а полное отсутствие зубов в особенности, равно, как и наличие зубных протезов, может существенно изменять условия обитания микрофлоры ротовой полости [2].

Цель исследования – изучить микробный «пейзаж» ротовой полости у пациентов с полным отсутствием зубов до и через 6 мес. после наложения полных съемных протезов.

Материалы и методы. Состояние качественного и количественного состава микрофлоры беззубой полости рта изучалось у 12 пациентов до протезирования и у 14 больных через 6 мес. после наложения полных съемных протезов. Возраст пациентов составил $71,6 \pm 5,2$ лет. Контроль сформировали из 13 добровольцев соответствующего возраста. До забора биоматериала измеряли pH смешанной слюны. Уровень гигиены протезов оценивали по количеству налета в различных его участках с использованием индекса Ambjornsen E.. Забор биоматериала проводили с поверхности слизистой оболочки и изучали микроорганизмы под световым микроскопом и, соответственно полям зрения, выявляли скудную, значительную и обильную микрофлору [3]. Скудная микрофлора визуализировалась единичными представителями; не более $\frac{1}{3}$ поля зрения занимала значительная микрофлора; $\frac{1}{2}$ и более поля зрения занимала обильная микрофлора. Количественный состав определяли с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Скудная микробиота определялась при количестве менее 10^2 КОЕ/мл, значительная микробиота при количестве 10^2 - 10^3 КОЕ/мл, обильная микробиота соответствовала значениям более 10^5 КОЕ/мл. Важнейшим механизмом местного иммунитета является нетоз, в ходе которого нейтрофилы экспрессируют внеклеточные нейтрофильные ловушки (ВНЛ), направленные на элиминацию вредоносных микроорганизмов [4]. С целью верификации ВНЛ полученный биоматериал фиксировали на предметном стекле с помощью 95% раствора этилового спирта и окрашивали с применением реакции Фельгена с реактивом Шиффа на ДНК. Статистическую обработку проводили в программе «IBM SPSS Statistics Version 27.0» с применением критериев Манна-Уитни, критический уровень значимости (p) принимали менее 0,05, по тексту обозначаемая символом «*».

Результаты исследования. Анализ данных показал, что кислотно-щелочное равновесие ротовой полости при потере всех зубов не нарушается: $7,2 \pm 0,6^*$ против $7,3 \pm 0,4^*$ в контроле. В биоматериале контроля и у беззубых пациентов в обильном количестве обнаружена смешанная, кокковая и грибковая флора. При полном отсутствии зубов количество грибковой флоры снижалось до скудного уровня, а микробиота палочковой флоры семейства Enterobacteriaceae, Eubacterium spp., разрасталась до значительного уровня. При пользовании протезами в течение 6 мес.

количество грибковых колоний разрасталось до обильного уровня; уровень микробиоты семейства *Eubacterium* spp. становился скудным; число колоний образующих единиц *Leptotrichia* spp., *Fusobacterium* spp. повышалось до значительного уровня; выявлялась тенденция к росту количества колоний *Peptostreptococcus* spp.. Оценка местного иммунитета показала, что при полном отсутствии зубов на поверхности слизистой оболочки протезного ложа присутствуют единичные нейтрофилы, обладающие способностью к нетозу с экспрессией ВНЛ. После 6 месяцев пользования протезами, обнаружить нейтрофилов на слизистой оболочке не удалось. Можно предположить, что присутствие протеза может подавлять миграцию нейтрофилов на поверхность слизистой оболочки, блокируя, тем самым, процесс нетоза, и, соответственно, иммунологическую функцию данной субпопуляции клеток. Не исключено, что в таких условиях не происходит своевременная элиминация бактериальных триггеров, поврежденных и видоизмененных клеток слизистой оболочки.

Выводы. Полное отсутствие зубов не нарушает кислотно-щелочное равновесие в полости рта; способствует снижению до скудного уровня грибковой флоры; повышению до значительного уровня палочковой флоры. Через 6 мес. пользования полными съемными протезами уровень грибковой флоры становится обильным; уровень палочковой флоры становится скудным на фоне увеличения смешанной микрофлоры. Полное отсутствие зубов сопровождается включением механизмов местного иммунитета и проявляется нетозом. Присутствие полного съемного протеза на тканях протезного ложа подавляет процессы местного иммунного ответа.

Литература

1. Стафеев, А.А. Количественный и качественный анализ микробиоты полости рта при ортопедической реабилитации пациентов полными и частичными съемными пластиночными протезами / А.А. Стафеев, М.Г. Чеснокова, В.А. Чесноков // Стоматология. – 2015. – №5. – С. 48 – 51. DOI: 10.17116/stomat201594548-51
2. Роль нарушений протеолитической системы в патогенезе протезного стоматита / О.М. Лавровская, Я.А. Лавровская, С.К. Северинова [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – №1. – С. 164-169.
3. Писаревский, Ю.Л. Стоматологический синдром у пациентов с акриловыми съемными зубными протезами на фоне недостаточности нижнего пищеводного сфинктера / Ю.Л. Писаревский, И.В. Кибалина, А.И. Жилина [и др.] // Забайкальский медицинский журнал. – 2024. – №3. – С. 9-14.
4. Fousert, E. Neutrophil extracellular traps (NETs) take the central stage in driving autoimmune responses / E. Fousert, R. Toes, J. Desai // Cells. – 2020. – №9. – 915 p. DOI: <https://doi.org/10.3390/cells9040915>.

Оценка эффективности современных методов лечения ангулярного хейлита *Мирзаходжаева Н.Ф.*

Ассистент

д.м.н., профессор Камиллов Х.П., д.м.н., доцент Тахирова К.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии

г. Ташкент, Республика Узбекистан

nigina.mf@mail.ru

Актуальность. Угловой хейлит — это воспалительное поражение в уголках губ, на границе слизисто-кожного покрова, которое может распространяться на кожу вокруг рта в виде трещин с красноватым цветом, сопровождавшееся шелушением кожи вокруг них и болью [1]. Актуальность проблемы обусловлена не только высоким уровнем заболеваемости, но и связью с такими состояниями, как микозы, бактериальные инфекции и дефициты витаминов. [1,6].

Цель исследования — комплексное изучение этиологических факторов и патогенетических механизмов, приводящих к развитию ангулярного хейлита, а также оценка эффективности современных методов диагностики и лечения данного заболевания.

Материал и методы. В исследование были включены 32 пациента в возрасте 25-65 лет с диагнозом ангулярный хейлит, обратившихся в отделение терапевтической стоматологии Ташкентского государственного института стоматологии. Все участники исследования проходили клинический осмотр и лабораторные исследования, включая микроскопию, бактериологический посев и серологические тесты на выявление дефицитов витаминов, в частности, витаминов группы В, а также железа. Для оценки практической значимости различных терапевтических подходов проводился анализ эффективности лечения с использованием как локальных, так и системных препаратов.

Результаты исследования. Результаты показали, что наиболее распространенными этиологическими факторами ангулярного хейлита являются грибковые инфекции (особенно, вызванные *Candida spp.*), бактериальные инфекции (стрептококки и стафилококки), а также дефицит витаминов, таких как riboflavin (B2) и pyridoxine (B6) [3,4,5]. В 48% случаев было выявлено сочетание нескольких этиологических факторов.

В ходе нашего исследования все участники были разделены на три группы в зависимости от предполагаемой этиологии заболевания:

1. Грибковая инфекция.

Из 32 пациентов, 43% были диагностированы с грибковой инфекцией, преимущественно вызванной *Candida albicans*. Лечение включало применение противогрибковых мазей (Клотримазол) и системных антимикотиков (Фуцис, 150 мг). Среди этих пациентов, 77% (10) продемонстрировали значительное улучшение состояния через 2-3 недели после начала терапии, а 69% (9) достигли полного выздоровления.

2. Бактериальная инфекция.

23% пациентов показали бактериальную природу ангулярного хейлита, чаще всего связанная с инфекциями, вызванными *Streptococcus* и *Staphylococcus aureus*. Лечение состояло из применения антибиотиков и местной антисептической терапии (Хлоргексидин). В результате проведенного лечения 80% (8) пациентов отметили улучшение через неделю, а 60% (6) достигли полного излечения.

3. Комбинированная инфекция.

В 33% случаев ангулярный хейлит выявлялся как комбинированное заболевание, связанное с инфекцией как грибами, так и бактериями. Эти пациенты имели более сложную клиническую картину, включая ярко выраженное воспаление и более длительный курс заболевания.

Анализ проведенного лечения показал, что комплексный подход, включающий противогрибковые, антибактериальные и витаминные препараты, обеспечивал высокую эффективность (77% случаев полного выздоровления).

Таким образом, результаты исследования подчеркивают важность многофакторного подхода в диагностике и лечении ангулярного хейлита, а также необходимость выявления и коррекции сопутствующих заболеваний и недостатков в питании у пациентов для улучшения их состояния и предотвращения рецидивов.

Выводы. Таким образом, результаты исследования подчеркивают важность многофакторного подхода в диагностике и лечении ангулярного хейлита, а также необходимость выявления и коррекции сопутствующих заболеваний и недостатков в питании у пациентов для улучшения их состояния и предотвращения рецидивов.

Литература

1. Аверьянов, С.В. Этиология хейлитов / С.В. Аверьянов, Е.В. Пупыкина, И.В. Ромейко // Национальная ассоциация ученых. Ежемесячный научный журнал. – 2014. – №4. – С. 37–38.
2. Оганесян, М.Э. Современные подходы к диагностике и лечению ангулярного хейлита / М.Э. Оганесян, М.А. Стороженко // Российский журнал дерматологии. – 2023. – Т. 18, №4. – С. 45–50.
3. Smith, J.A. Angular Cheilitis: A Review of Etiology and Management / J.A. Smith, L.R. Brown // Journal of Dermatology. – 2021. – Vol. 48, №3. – P. 359–367.
4. Miller, K.H. Nutritional Deficiencies in Angular Cheilitis: A Systematic Review / K.H. Miller // Clinical Nutrition. – 2020. – Vol. 39, №1. – P. 1–9.
5. Johnson, P.T. The Role of Fungal Infections in Angular Cheilitis: Insights from Recent Studies / P.T. Johnson, T.A. Ronis // Journal of Oral Science. – 2022. – Vol. 64, №2. – P. 120–127.

**Биохимические изменения в слюне у пациентов с сочетанной патологией
хронического пародонтита и хронического панкреатита**

Мукимова Х.О.

Соискатель кафедры, ассистент

д.м.н., доцент Юсупалиходжаева С.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра пропедевтики терапевтической стоматологии

г. Ташкент, Республика Узбекистан

syx76.76@mail.ru

Актуальность. Пародонтит — воспалительное заболевание тканей пародонта, включая десну, цемент, периодонтальную связку и альвеолярную кость, тесно связанное с системами организма через сосудистые, лимфатические и нервные сети. Нарушение гомеостаза и системные патологии, такие как диабет и сердечно-сосудистые заболевания, способствуют его развитию и усугубляют общее состояние [1,3,5]. Современные данные подтверждают взаимосвязь пародонтита с хроническими болезнями, подчёркивая важность профилактики и ухода за полостью рта [2,4,5].

Цель исследования – выявить биохимические изменения в слюне у пациентов с хроническим пародонтитом и хроническим панкреатитом в процессе комплексного лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2022 по 2025 годы в Республиканском специализированном научно-практическом центре терапии и медицинской реабилитации совместно с кафедрой пропедевтики терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ). Все участники предоставили добровольное информированное согласие. Включены 46 пациентов в возрасте 25–69 лет, разделённые рандомизированно на основную группу (24 человека с хроническим панкреатитом, стационарное лечение) и группу сравнения (22 человека с тем же диагнозом), сопоставимые по возрасту, полу и условиям жизни. Анализ слюны выполнялся на полуавтоматическом анализаторе «HumaLayzer Primus» (Германия) с использованием реактивов «Human». Статистическая обработка данных велась с применением параметрических (среднее, ошибка среднего, критерий Стьюдента, P) и непараметрических методов. Обработка осуществлялась в Microsoft Excel.

Результаты исследования. До начала терапии пациенты предъявляли жалобы на болевые ощущения при приёме пищи, речевые нарушения, ксеростомию, кровоточивость пародонтальных карманов при гигиенических процедурах и значительную подвижность зубов, а также неспецифические симптомы, включая цефалгию, астению, снижение работоспособности, инсомнию и утрату аппетита. В ходе лечения отмечено уменьшение субъективных жалоб параллельно с объективным улучшением пародонтального статуса, проявляющимся в редукции воспалительных признаков и кровоточивости дёсен. Так, значение индекса OHIS после лечения в основной группе составило $1,19 \pm 0,069$, что достоверно ниже ($p \leq 0,05$) по сравнению с группой контроля ($1,30 \pm 0,076$). Аналогичная закономерность прослеживается для индекса кровоточивости десен SBI: $0,55 \pm 0,03$ в основной группе против $1,12 \pm 0,051$ в группе сравнения ($P \leq 0,05$). Глубина пародонтального кармана в основной группе достигла $1,88 \pm 0,10$ мм, что существенно меньше ($p \leq 0,05$), чем в группе контроля ($2,53 \pm 0,133$ мм). Пародонтальный индекс (PI) составил $1,58 \pm 0,079$ в основной группе против $2,11 \pm 0,112$ в группе сравнения ($p \leq 0,05$), а индекс РМА в процентах показал значения $8,20 \pm 0,38\%$ против $18,48 \pm 0,879\%$ ($p \leq 0,05$).

В начале терапии уровни биохимических маркеров слюны в группах сравнения были идентичны ($p \leq 0,05$), что позволило осуществить сравнение результатов лечения. Показано, что после курса лечения в обеих группах получен высокий эффект терапии (p

$\leq 0,05$), заключающийся в нормализации баланса маркеров слюны. Наиболее значимый эффект установлен в основной группе пациентов. Так, уровень кальция в слюне повысился в основной группе на 64,8%; а в группе сравнения – на 29,58%; аналогичная динамика α амилазы составила 41,62% против 22,90%; снижение щелочной фосфатазы соответственно 50,80% против 48,57%, аналогичная динамика изменение пролина в слюне составила 22,4% против 8,15%.

Выводы. Хронический панкреатит и пародонтит взаимно усугубляют течение друг друга: системное воспаление и метаболические нарушения при панкреатите усиливают поражения пародонта, а инфекция из очагов в пародонте может поддерживать воспаление в поджелудочной железе. Методика, воздействуя на патогенетические механизмы (восстановление трофики тканей, нормализация состава слюны, подавление воспаления), снижает риск осложнений, таких как потеря зубов, абсцессы пародонта или прогрессирование панкреатической недостаточности.

Литература

1. Бордин, Д.С. Качество жизни больных хроническим панкреатитом с функциональной недостаточностью поджелудочной железы / Д.С. Бордин, Л.В. Винокурова, Е.А. Дубцова [и др.] // Доктор.Ру. – 2014. – №91 (3). – С. 54–9.
2. Васильева, Н.А. Стоматологический статус больных с заболеваниями пародонта / Н.А. Васильева, А.И. Булгакова, Е.С. Солдатова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – Т. 11, № 6 (66). – С. 31-35.
3. Ивашкин, В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.В. Охлобыстин [и др.] // РЖГГК. – 2014. – №4. – С.70–97.
4. Beyer, G. Chronic pancreatitis / G. Beyer, A. Habtezion et al. // *Lancet*. – 2020. – № 396. – P. 499-512.
5. Goodson J.M. Disease reciprocity between gingivitis and obesity // *Journal of Periodontology*. – 2020. – Т. 91. – С. 26-34.

Оценка качества нанесения герметика разными аппликационными насадками

Нюбин А.Д.

Студент

доцент Доценко А.В., доцент Степанова Т.С.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детской стоматологии с курсом ортодонтии

г. Смоленск, Российская Федерация

alexander.niubin@mail.ru

Актуальность. Фиссуры - естественные углубления, бороздки на жевательной поверхности зубов. Они могут иметь различную глубину и форму. В зависимости от этого они могут быть хорошо доступны для обследования, а могут быть труднодоступны и предрасполагать к образованию кариеса [1, с. 3].

Герметизация фиссур зубов — это современная профилактическая процедура по защите жевательной поверхности зубов от кариеса [2, с. 705]. Заключается в создании барьера из силанта от остатков пищи и бактерий. Это позволяет снизить рост микроорганизмов, которые приводят к кариозным поражениям [3]. Фиссурный герметик (силант) – ненаполненные низковязкие композитные смолы химического или светового отверждения, представляющие собой полимерную смесь на основе метакрилата и полиуретана. Для усиления противокариозного эффекта силанты могут содержать ионы фтора [4, с. 133]. Фиссурные герметики устойчивы к действию органических кислот и ротовой жидкости, гидрофобны, создают механическую ретенцию с тканями зуба [2, с. 704]. Однако эффективность герметизации зависит от плотности заполнения фиссуры, а также от толщины слоя, при попадании герметика в точки окклюзии он может скалываться, тем самым создавая пункты ретенции для микроорганизмов.

Цель исследования – определить возможность качественного нанесения герметика при использовании разных аппликационных насадок.

Материалы и методы. Для работы были использованы удаленные зубы, выбраны герметики: Владмива - фиссулайт, ULTRADENT - ULTRASEAL и 3М - CLINPRO SEALANT и аппликационные насадки: Inspiral Brush Tip со щеточкой от ULTRADENT, тонкая канюля и зонд. Каждая аппликационная насадка использовалась с каждым видом герметика, в результате чего получилось 9 вариантов комбинации. Перед герметизацией было проведено сравнение текучести герметиков, в результате чего стало известно, что самый текучий - CLINPRO SEALANT, малой текучестью обладает – фиссулайт и наименьшей ULTRASEAL Gidro. Перед нанесением герметика зубы были очищены, был произведен их распил и фиксация на стекло, а после - окрашивание для лучшей визуализации.

Результаты исследования. Качество герметизации зависит от текучести герметика, насадки и способа аппликации: чем меньше диаметр насадки, тем лучше наполняемость фиссуры; распределение герметика после нанесения зондом либо тонким инструментом, может привести возникновению пор.

Выводы. Таким образом, нанесение герметика кисточкой позволяет получить наилучший результат независимо от текучести материала (кисточки проникают глубоко в фиссуру). Нанесение силанта тонкой канюлей так же дает положительный результат, но при распределении герметика зондом, есть риск возникновения пор.

Литература

1. Гонтарев, С.Н. Анализ сравнительной клинической эффективности герметизации фиссур при использовании препаратов фото- и химической полимеризации / С.Н.

- Гонтарев, И.С. Гонтарева, В.П. Чуев [и др.] // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2016. – №2. – С. 1–5.
2. Курякина, Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста / Н.В. Курякина. – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2004. – С. 702–711.
 3. AhoVuo-Saloranta, A. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth / A. AhoVuo-Saloranta, H. Forss // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2023. – Art. No. CD001830.
 4. Велбери, Р.Р. Детская стоматология: руководство / Р.Р. Велбери, М.С. Даггал, М.-Т. Хози ; пер. с англ. под ред. Л.П. Киссельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 131–134.

Разработка системы мониторинга слизистой оболочки полости рта с помощью динамического электрохимического потенциала и биоимпедансной спектроскопии
Певчева А.С., Хабарина О.В.

Студент, студент

д.м.н. профессор Ермольев С.Н.; д.м.н., доцент Айвазова Р.А.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
Кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии
г. Москва, Российская Федерация
alicafev@ya.ru

Актуальность. Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) представляют значительную долю в стоматологической практике [1]. В современной литературе отмечается повышенное внимание к изучению болезней СОПР [2]. Данный интерес обусловлен рядом факторов, включающих трудности диагностики, широкую распространенность, потенциальную малигнизацию и отсутствие понимания патогенетических механизмов, а также доклинических проявлений [3]. В связи с этим, актуальной задачей является поиск и оптимизация методик функциональной диагностики, направленных на выявление ранних стадий патологических процессов СОПР и мониторинг эффективности лечения.

Цель исследования – разработка системы мониторинга слизистой оболочки полости рта с помощью электрофизиологических методик диагностики, основанных на параметрах постоянного и переменного электрического тока.

Материалы и методы. В работе представлены результаты обследования 20 человек в возрасте 20 до 25 лет. Оценка уровня гидратации СОПР осуществлялась посредством БИА с применением компьютеризированного комплекса «АВС-02» и специализированного ПО «МЕДАСС» (Россия). Регистрацию цифровых значений проводили в течение 5 с начиная от 5 до 500кГц [4]. Активный позолоченный электрод накладывали по линии смыкания зубов в области правой и левой щеки; со стороны нёба в области зубов 1.6, 2.6; на латеральные и дорсальную поверхности языка; на область прикрепленной десны в области зубов Рамфьорда. Для обеспечения контакта между исследуемым участком СОПР и электродом был использован электропроводный гель «Унигель». Обработка данных проводилась с использованием ПО комплекса «АВС-02». Для регистрации дЭХП применяли цифровой измерительный прибор АРРА 109N с оптической развязкой от электрической сети. В качестве электрода сравнения использовался ЭСр-10103, модифицированный разработанным нами устройством для заполнения физиологическим раствором. Активный электрод представлял собой пластину из нержавеющей стали диаметром 5 мм. Измерение дЭХП проводили в режиме постоянного тока в диапазоне (шкала измерения была от 0 до 20В) в течение 1 мин. Результаты измерений, выраженные в мВ, визуализировались в виде линейных графиков и экспортировались в программу MS Excel. Последующая статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ Statistica 12.0.

Результаты исследования. По результатам клинического исследования определяли индексы гигиены по Грин-Вермильону, индексу API и степень воспаления десны по РМА. Средний показатель индекса гигиены составил $0,71 \pm 0,02$. Среднее значение индекса API в контрольной группе было равно $12,05 \pm 4-5\%$ балла, индекса РМА – $4,3 \pm 0,95$. Данные показатели свидетельствуют о хорошем уровне гигиены полости рта и низком уровне воспаления десны. Полученные цифровые значения проходили оценку на соответствие нормальному распределению с помощью нескольких критериев: тест Колмогорова-Смирнова, тест Шапиро – Уилка, оценку соответствия «колоколообразной кривой Гаусса», а также критерии асимметрии и эксцесса. Для количественных показателей, имеющих нормальное распределение, проводился расчет среднего арифметического значения (М) и ошибки среднего значения ($\pm m$).

Статистическим методом корреляционного анализа было определено, что активный компонент импеданса (R50) имел отрицательную корреляцию со следующими показателями дЭХП: в области прикрепленной десны зуба 2.6 коэффициент корреляции составил -0,7788 ($p=0,039$), справа – 1.6 -0,8179 ($p=0,025$). У зуба 3.6 -0,8523 ($p=0,015$), 4.1 -0,7564 ($p=0,033$), что может быть связано с морфологическим строением прикрепленной десны, которая не имеет подслизистого слоя. Цифровые значения, полученные на языке, справа и слева имели положительную взаимосвязь - 0,7990 и 0,8138 ($p=0,031$) соответственно. В области кончика языка - 0,8934 ($p=0,007$). Значения, полученные на нёбе, справа и слева обладали отрицательной корреляционной зависимостью -0,8646 и -0,7645 ($p=0,016$) соответственно.

Выводы. Комплексное применение методов биоимпедансной спектрометрии и динамического электрохимического потенциала показало, что активный компонент импеданса и дЭХП обладают значительной корреляционной зависимостью вследствие наличия жидкостного компонента клеток и межклеточного пространства. Данные методики обеспечивают возможность мониторинга состояния СОПР для выявления ранних патологических признаков.

Литература

1. Доклад о состоянии здоровья полости рта в мире: на пути к достижению всеобщего охвата в области охраны здоровья полости рта к 2030 г. Резюме. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. – 36 с. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484> (дата обращения: 04.05.2025).
2. Межевикина Г.С., Глухова Е.А. Современные методы диагностики предраковых и раковых изменений слизистой оболочки рта // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2018. – № 4. – С. 600–606.
3. Барер Г.М., Лемецкая Т.И., Суражев Б.Ю. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3-х ч. Ч. 3. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 256 с.
4. Николаев Д.В., Смирнов А.В., Бобринская И.Г., Руднев С.Г. Биоимпедансный анализ состава тела человека. – М.: Наука, 2009. – 392 с.

Роль анализа ротовой жидкости в оценке активности воспаления при пародонтите

Расаматов Б.Б.

Аспирант

д.м.н., профессор Макеева И.М.

*ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)*

*Кафедра терапевтической стоматологии
Института стоматологии им. Е.В. Боровского
г. Москва, Российская Федерация
behruzasamatov50@mail.ru*

Пародонтит — одно из наиболее распространённых хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта, приводящее к разрушению периодонта, подвижности и потере зубов. Кроме местных изменений, он ассоциирован с системными нарушениями, включая сахарный диабет и сердечно-сосудистые болезни, что подчёркивает важность раннего выявления и контроля активности воспаления. Стандартные методы диагностики (глубина карманов, уровень прикрепления, рентгенография) информативны, но позволяют обнаружить заболевание преимущественно на поздних стадиях. В связи с этим актуален поиск новых неинвазивных подходов, позволяющих оценить активность воспаления на ранних этапах. Анализ ротовой жидкости рассматривается как удобный, безопасный и информативный метод, отражающий как локальные, так и системные воспалительные процессы. Ротовая жидкость содержит широкий спектр веществ: цитокины, ферменты, продукты деградации тканей, уровень которых изменяется при воспалении пародонта [1].

У пациентов с пародонтитом в слюне достоверно повышаются уровни провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерлейкина-6 (IL-6) и фактора некроза опухоли- α (TNF- α), что коррелирует с клиническими признаками воспаления [1,2]. Также значимыми маркерами являются матриксные металлопротеиназы, в частности ММП-8 и ММП-9, продуцируемые нейтрофилами. Их высокие концентрации отражают разрушение соединительной ткани и углубление пародонтальных карманов [3,4]. Уровни IL-1 β более чувствительны на ранних стадиях воспаления, тогда как ММП-8 указывает на активную деградацию тканей. Совместное определение нескольких биомаркеров повышает точность диагностики и позволяет оценивать как воспалительную активность, так и степень повреждения пародонта [3,4].

Использование анализа ротовой жидкости для диагностики и оценки активности воспаления при пародонтите — перспективное направление, предлагающее ряд преимуществ. Тесты неинвазивны и безболезненны для пациента, что позволяет проводить частый мониторинг состояния пародонта в динамике [3]. Диагностика ротовой жидкости уже сегодня демонстрирует потенциал в раннем выявлении скрытого воспаления и прогнозировании обострений: например, повышение уровня макрофагального воспалительного белка-1 α (MIP-1 α) позволяет обнаружить «скрытое» субклиническое воспаление пародонта и имеет высокую диагностическую точность [2]. Биомаркеры воспаления ротовой жидкости могут стать неотъемлемой частью системы мониторинга пародонтита, обеспечивая своевременное выявление активизации болезни и контроль за ходом противовоспалительной терапии. Дальнейшие исследования необходимы для стандартизации методов тестирования ротовой жидкости и разработки оптимальных панелей биомаркеров, однако уже сейчас очевидно, что анализ ротовой жидкости играет важную роль в оценке активности воспаления при пародонтите и открывает новые возможности для персонализированного ведения пациентов.

Литература

1. Sachelarie L. Role of salivary biomarkers IL-1 β and MMP-8 in early detection and staging of periodontal disease / L. Sachelarie [et al.] // Medicina (Kaunas). – 2025. – Vol.61, № 4. – P.760. DOI: 10.3390/medicina61040760.
2. Alftaikhah S.A.A. Salivary biomarkers in periodontitis: a scoping review / S.A.A. Alftaikhah [et al.] // Cureus. – 2023. – Vol.15, No 12. – P. e50207. DOI: 10.7759/cureus.50207.
3. Teles F.R.F. Salivary and serum inflammatory biomarkers during periodontitis progression and after treatment / F.R.F. Teles [et al.] // J. Clin. Periodontol. – 2024. – Vol.51, No 12. – P.1619–1631. DOI: 10.1111/jcpe.14048.
4. Kim H.D. Diagnostic and prognostic ability of salivary MMP-9 and S100A8 for periodontitis / H.D. Kim [et al.] // J. Clin. Periodontol. – 2020. – Vol.47, No 10. – P.1191–1200. DOI: 10.1111/jcpe.13349.
5. Zhang Y. Evaluation of salivary biomarkers for the diagnosis of periodontitis / Y. Zhang [et al.] // BMC Oral Health. – 2021. – Vol.21. – P.266. DOI: 10.1186/s12903-021-01600-5.

Использование препаратов с Mg^{++} и Zn^{++} в комплексном лечении глоссодинии

Рахманова М.А.

Соискатель

Доктор медицинских наук профессор Борисова Э.Г.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны

Российской Федерации

Кафедра общей стоматологии

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Solnce_plus@list.ru

Актуальность. В последние годы число пациентов с симптомами боли и жжения в языке увеличилось, несмотря на развитие медицинских технологий и модернизацию терапевтического процесса в различных областях медицины. Так же пациенты регулярно обращаются в частные и государственные стоматологические клиники, другие медицинские учреждения, но не получают квалифицированную помощь, после выхода заболевания в период ремиссии через определенное время симптомы появляются вновь, увеличивая и так высокую тревожность пациента [1-5]. При высокой актуальности темы и тяжести течения данного заболевания в литературе нет данных о применении препаратов с Mg^{++} и Zn^{++} в комплексе с вегетотропными препаратами как об основном векторе в лечении.

Цель исследования – на основе изучения патогенетических механизмов глоссодинии обосновать лечебно-профилактическую программу терапии с включением препаратов, содержащих Mg^{++} и Zn^{++} .

Материал и методы. В рамках данного исследования было проведено изучение 186 амбулаторных карт стоматологических пациентов, нуждающихся в комплексном лечении глоссодинии, которым с 2015 по 2024 гг. проводилось комплексное обследование и лечение. Возрастной и гендерный признаки - мужчины и женщины в возрасте от 40 до 65 лет. Созданы две группы (по данным амбулаторных карт) 6 основная (97 карт) и контрольная (89 карт). Ретроспективный анализ амбулаторных карт выявил, что основной группе пациентов с диагнозом глоссодиния помимо традиционного лечения, после получения результатов анализов концентрации цинка магния в сыворотке крови, назначались препараты Цинктерал-Тева 124 мг по 1 таблетке 1 раз в день в течение 30 дней и Магнелис В6 (форте) 3 раза в день по 1 таблетке в течение 30 дней.

Результаты исследования. Тревожные состояния и стрессовые ситуации оказывают ведущее значение в развитии глоссодинии. Пациенты с глоссодинией отмечают высокую степень психологического дискомфорта, значительное снижения качества жизни. Установлена связь между магнием и аффективно-депрессивными состояниями, так как магний играет ключевую роль в деятельности психонейроэндокринных систем и биологических и трансдукционных путей, связанных с патофизиологией депрессии и тревоги [1,2]. Было установлено, что дефицит цинка распространен при тревожных расстройствах и является связующим звеном в возникновении психосоматических сопутствующих патологий и снижением когнитивных способностей. Цинк играет решающую роль в регулировании эндокринной функции, которая напрямую влияет на психологическое состояние пациентов. Возникает замкнутый круг, дефицит цинка может в дальнейшем ухудшать психоэмоциональное состояние пациента способствовать хроническим заболеваниям состоянию и повышать восприимчивость к связанным с ним осложнениям [1,2]. У всех пациентов (по данным концентрации микроэлементов Mg^{++} и Zn^{++} в сыворотке крови) было снижено, а именно магний – 0.48 ± 0.37 ммоль/л, цинк – 485 ± 0.21 мкг/л. После проведенного курса терапии с включением препаратов Магнелис В6 (форте) и Цинктерал-Тева, концентрация микроэлементов в сыворотке крови составила соответственно Mg^{++} – 0,69

$\pm 0,2$ ммоль/л Zn^{++} – $756 \pm 0,11$ мкг/л. Кроме того, у пациентов основной группы (по данным амбулаторных карт) стабилизировалось вегетативное состояние, уменьшились симптомы тревоги и стресса, а также на 1,5 -2 года купировались симптомы глоссодинии.

Выводы. Применение препаратов, содержащих Mg^{++} и Zn^{++} в комплексном лечении глоссодинии, уменьшают состояние тревоги, неверия в успех лечения, помогают восстановить баланс между симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системой.

Литература

- 1.Борисова, Э.Г. Хронические болевые и парестетические синдромы языка: клиника, диагностика, лечение, профилактика и организация лечебного процесса: дис.. доктора мед. наук: 14.01.14 / Борисова Элеонора Геннадиевна. - Воронеж, 2014. - 225 с.
- 2.Борисова, Э.Г. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний и болевых синдромов языка (учебное пособие): СПб.: СпецЛит, 2024. - 98 с., ил.
- 3.Борисова, Э.Г. Качество жизни пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта как значимый аспект реабилитации /Э.Г. Борисова, Н.В. Шаковец //Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2025. – Т. 27. №3. – С. 107-111.
- 4.Жулев, Е.Н. Коррекция психоэмоционального состояния пациентов стомалгией / Е.Н. Жулев, Л.М. Лукиных, Н.В. Тиунова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 3. – С. 55-57.
- 5.Казарина, Л.Н. Влияние комплексного лечения на показатели обмена электролитов в ротовой жидкости при глоссодинии / Л.Н. Казарина, Л.В. Вдовина // Cathedra - Кафедра. Стоматологическое образование. – 2015. – № 52. – С. 18-20.

Тепловая реакция на инструменты для полировки

Рохоева М.Ш.

Соискатель

Доцент, д.м.н., заведующая кафедрой Кудасова Е.О.

Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования

«Московский университет «Синергия»

Кафедра стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

rokhoeva.m@gmail.com

Актуальность. «Полировка реставрации имеет решающее значение для замедления процессов изменения цвета и старения композита» [4]. Финишная обработка связана с контурированием, формированием и сглаживанием реставрации, после финишной обработки выполняется полировка — для получения поверхности с высоким блеском и текстурой, похожей на эмаль. Также полировка подразумевает сглаживание поверхности для устранения шероховатостей и царапин, вызванных «финишными» инструментами [4].

В отечественной и зарубежной литературе, имеется большое количество данных, указывающих на то, что шероховатость поверхности композитных реставраций влияет не только на их эстетический вид, но и на другие свойства, такие как: *степень окрашивания, скопление налета (как следствие воспаление десен и риск развития вторичного кариеса), абразивности, износа реставрации и на тактильные ощущения пациента* [3,5,6]. От качества полировки напрямую зависят критерии Рюге (G. Ryge) [1]. Однако, не стоит забывать, что полировка является процессом трения и производит тепло. Избыточное тепло может повлиять на адгезию, а также повредить пульпу [6]. При этом, есть исследования направленные на анализ поведения композита при механических, химических и термических воздействиях, но лишь немногие рассматривали влияние на пульпу зуба тепла, возникающего во время финишной обработки и полировки композитов [3].

Цель исследования – сравнить степень нагревания поверхности композита при полировке разными системами полиров. Выявить связь между материалом полира и степенью нагрева композита.

Материалы и методы. В исследовании был использован гибридный композит. Системы полиров на уретановом связующем: «*Enforce Pin*»; «*Diamond Sun*» — Kagayaki. Россия. Системы полиров на силиконовом связующем: «*Ensmart Pin*»; «*Diamond Moon*»; «*StarFlex septum*» — Kagayaki. Россия. Тепловизор: «*Testo 875-1*» — Testo. Германия. Была проведена полировка предварительно изготовленных образцов (дентин, эмаль, режущий край, прозрачный) с использованием вышеописанных систем. Скорость оборотов при полировке, была в пределах рекомендованной производителем. В процессе полировки, с помощью тепловизора, измеряли температуру поверхности композита, фиксируя средний и максимальный показатели.

Результаты исследования. «*Enforce Pin*» (уретан) 3.000-5000 об/мин. Максимальная температура нагрева для образцов: дентин, эмаль, прозрачный — составила 35 градусов, режущий край — 40 градусов. «*Ensmart Pin*» (силикон) 3.000-5000 об/мин. Максимальная температура нагрева для образцов: дентин, эмаль, прозрачный — составила 35 градусов, режущий край — 45 градусов. При полировке прозрачного слоя, на поверхности образца появились следы полира. «*Diamond Sun*» (уретан) 3.000-5000 об/мин. Максимальная температура 35 градусов. «*Diamond Moon*» (силикон) 6.000-12.000 об/мин — температура 40 и 45 градусов соответственно. «*StarFlex septum*» (силикон) 8.000 -12.000 об/мин — температура 30 и 40 градусов соответственно.

Выводы. Несмотря на низкую скорость вращения для систем «*Enforce Pin*», «*Ensmart Pin*», «*Diamond Sun*» (3.000-5.000 об/мин) были получены разные температурные показатели для полиров на уретановом и силиконовом связующем. Для уретана температура нагрева была меньше, как и заявлено производителем. При полировке «*Diamond Moon*» (6.000 -12.000 об/мин) на более высокой скорости вращения, в отличии от других систем, температура была выше, но не превысила 45 градусов. Для «*StarFlex septum*» (8.000 -12.000 об/мин) температура не превысила 40 градусов. Несмотря на одинаковую скорость вращения и относительно схожий состав (силикон) температура для «*StarFlex septum*» была ниже, чем у «*Diamond Moon*». Возможно дело в упрочненном силиконе в системе «*StarFlex septum*» и в форме полира. Существенного влияния абразивности полира на температуру образца, во всех рассмотренных системах, зафиксировано не было. Независимо от полировочной системы и скорости вращения, температурные показатели у образца «*Режущий край*» были выше, чем у остальных. Это указывает на то, что температура нагрева поверхности может зависеть не только от скорости вращения и материала полира, но и от состава композита.

Литература

1. Минимально инвазивное лечение дефекта эмали у пациентов молодого возраста / Кочурова Е.В., Кудасова Е.О. [и др.] // Клиническая стоматология. – 2024. – Т. 27. – № 3. – С. 155-160.
2. Реализация принципов онкологической настороженности в лечении пациентов с патологическими процессами слизистой оболочки рта// Решетов И.В., Николенко В.Н. [и др.] // Head and Neck. – 2024. – Т. 12, № 2. – С. 97-105.
3. A Finite Element Method Study on a Simulation of the Thermal Behaviour of Four Methods for the Restoration of Class II Cavities //Adela Nicoleta Staicu, Mihaela Jana T.// Journal of Functional Biomaterials. – 2024. – Т.15, № 4 – С. 2-22.
4. Effect of Polishing Systems on the Surface Roughness and Color Stability of Aged and Stained Bulk-Fill Resin Composites / Ayşem Aktu, Nuran Ulusoy // Materials. – 2024 – Т.17. – № 14 – С.1-15;
5. Heat generated during dental treatments affecting intrapulpal temperature: a review / Xin Er Lau.Xiaoyun Liu.Helene Chua // Clinical Oral Investigations – 2023. – Т.27 – С. 2277–2297;
6. Polishing systems for modern aesthetic dental materials: a narrative review / Adil Khan,Nicholas Hodson // British Dental Journal – 2024.– Т.237. –№ 8.– С. 607–613.

Влияние заболеваний пародонта на развитие нейродегенеративных состояний

Савинова Е.А.¹

Студент

к.м.н., доцент Савинова Е.А.²

¹*Учреждение образования «Тверской государственный медицинский университет»*

Кафедра терапевтической стоматологии

г. Тверь, Российская Федерация

²*ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации*

г. Москва, Российская Федерация

savinova_eli@mail.ru

Актуальность. Нейродегенеративные состояния, такие как болезнь Альцгеймера и деменция, в последние десятилетия стали серьезной проблемой Здравоохранения, по оценкам ВОЗ, к 2050 году количество людей, страдающих нарушением когнитивных функций, может возрасти до 150 миллионов человек [1]. На сегодняшний день хронические воспалительные заболевания полости рта рассматриваются не только как стоматологическая патология местного характера, но и как потенциальный фактор риска развития соматических заболеваний организма, включая нейродегенеративные расстройства [2,3,4,5].

Цель исследования – изучить возможную взаимосвязь хронического генерализованного пародонтита и нейродегенеративных у взрослого и пожилого населения.

Материалы и методы. Была составлена авторская анкета для проведения анкетирования среди людей, возрастом от 50 до 80 лет, было опрошено 75 человек, которых затем разделили на три группы наблюдения:

1. Пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени.
2. Пациенты без хронических воспалительных заболеваний полости рта (контрольная группа).
3. Пациенты с наличием нейродегенеративных заболеваний в анамнезе или ближайших родственников в родословной с этими расстройствами.

Анкетирование показало наличие статистически значимых различий между выбранными группами. У пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями полости рта в анамнезе чаще возникают жалобы, указывающие на начальные проявления когнитивной дисфункции. Были составлены и изучены пародонтальные карты Periodontal Chart для каждого пациента, проводилась оценка когнитивных функций с использованием шкал MMSE и FAB.

Результаты исследования. Контрольная группа из 15 человек без признаков воспалительных заболеваний полости рта продемонстрировала высокие показатели: по шкале MMSE среднее значение 28,6 из 30 баллов, по шкале FAB 16,8 из 18 баллов, что соответствует нормальному когнитивному функционированию. У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом наблюдается снижение когнитивных функций: у группы со средней степенью тяжести пародонтита данные соответствуют легкому снижению когнитивных и умеренному снижению фронтальных функций, средний балл по шкале MMSE составил 23,9, по FAB - 12,7 баллов, у группы с тяжелой степенью пародонтита выявлены более выраженные показатели: MMSE – 19,6, FAB – 9,8, умеренное когнитивное нарушение и снижение исполнительной функции. Также было выяснено, что пациенты, имеющие ближайших родственников с нейродегенеративными заболеваниями, показали следующие результаты: MMSE – 21,0, FAB – 10,0 баллов, данные значения ниже, чем у контрольной группы, но не столь

выражены, как в группе пациентов с нейродегенеративным состоянием в собственном анамнезе. Наиболее низкие значения по обоим шкалам продемонстрировали пациенты с нейродегенеративными заболеваниями в анамнезе, они составили по MMSE 15,3, FAB – 7,0 баллов, что соответствует тяжелому когнитивному нарушению.

Выводы. Наличие хронического генерализованного пародонтита клинически соотносится со снижением нарушения когнитивных функций у взрослого и пожилого населения. Тяжесть пародонтита способствует связана со степенью нейродегенеративных состояний. У пациентов с нейродегенеративными заболеваниями в анамнезе или тех, у кого есть генетическая предрасположенность, выявлено дополнительное снижение когнитивных функций, усиливающиеся при наличии хронического генеративного пародонтита.

Литература

1. Andrew Gregory Number of adults with dementia to exceed 150m by 2050 / Andrew Gregory [Электронный ресурс] // The Guardian : [сайт]. — URL: Number of adults with dementia to exceed 150m by 2050 // The Guardian URL: <https://www.theguardian.com/society/2022/jan/06/number-adults-with-dementia-exceed-150-million-2050-study> (дата обращения: 26.03.2025). (дата обращения: 26.03.2025).
2. Ingar Olsen, Sim K. Singhrao Can oral infection be a risk factor for Alzheimer's disease? / Ingar Olsen, Sim K Singhrao [Электронный ресурс] // National Library of Medicine : [сайт]. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4575419/> (дата обращения: 28.03.2025).
3. S. M. Pruntel, B. C. van Minster, J. J. de Vries, A. Vissink, Anita Visser Oral Health as a Risk Factor for Alzheimer Disease / S. M. Pruntel, B. C. van Minster, J. J. de Vries, A. Vissink, Anita Visser [Электронный ресурс] // National Library of Medicine : [сайт]. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10994994/> (дата обращения: 01.04.2025).
4. Conglei Hu, Hui Li, Liping Huang, Rui Wang, Zeyu Wang, Rui Ma, Bei Chang, Shiting Li, Hongcai Li, Guangwen Li Periodontal disease and risk of Alzheimer's disease: A two-sample Mendelian randomization / Conglei Hu, Hui Li, Liping Huang, Rui Wang, Zeyu Wang, Rui Ma, Bei Chang, Shiting Li, Hongcai Li, Guangwen Li [Электронный ресурс] // National Library of Medicine : [сайт]. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11034860/> (дата обращения: 01.04.2025).
5. Amal Bouziane, Sara Lattaf, Lamiaa Abdallaoui Maan Effect of Periodontal Disease on Alzheimer's Disease: A Systematic Review / Amal Bouziane, Sara Lattaf, Lamiaa Abdallaoui Maan [Электронный ресурс] // National Library of Medicine : [сайт]. — URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37916259/> (дата обращения: 04.04.2025).

Патогенетическое обоснование и оптимизация лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с патологией желудочно-кишечного тракта

Саидова М.А.

PhD, Докторант

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Кафедра Госпитальной терапевтической стоматологии,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Mukhlisa_saidova95@mail.ru

Воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит) занимают лидирующие позиции среди стоматологических патологий, выявляемых у населения разных возрастных групп. Эти состояния представляют собой сложные полиэтиологические процессы, в основе которых лежит нарушение баланса микробиоты полости рта и иммуновоспалительных реакций организма.

Особую клиническую значимость воспалительные заболевания пародонта приобретают у пациентов с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая наблюдается у 60–70% взрослого населения [1]. Заболевания ЖКТ (гастрит, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дисбактериоз кишечника, синдром раздражённого кишечника) оказывают выраженное влияние на состояние полости рта, способствуя хронизации воспалительных процессов в тканях пародонта, изменению слюноотделения, нарушению кислотно-щелочного равновесия и микробного биоценоза [2].

У пациентов с заболеваниями ЖКТ, особенно с нарушениями кислотности желудочного сока и дисбактериозом, отмечается снижение буферной ёмкости слюны, уменьшение её бактерицидной активности, что создаёт благоприятные условия для размножения патогенной микрофлоры. Важнейшую роль играет дисбиотическое нарушение состава бактериальных сообществ, как в желудочно-кишечном тракте, так и в полости рта, что ведёт к активной колонизации пародонтальных карманов бактериями. Это, в свою очередь, инициирует выработку провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин-1 β (IL-1 β), интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли альфа (TNF- α), активирует остеокластическую резорбцию костной ткани и поддерживает хроническое воспаление в пародонте [3].

Учитывая выраженное влияние заболеваний ЖКТ на течение воспалительных заболеваний пародонта, особую значимость приобретает разработка комплексных подходов к лечению данной группы пациентов. Оптимизация терапевтической стратегии требует не только подавления местных воспалительных процессов в пародонте, но и одновременной коррекции патологий желудочно-кишечного тракта [4].

Анализ современных данных свидетельствует о существовании сложной патогенетической взаимосвязи между воспалительными заболеваниями пародонта и патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Нарушения биоценоза полости рта, дисбиотические изменения микрофлоры кишечника, системное воспаление, гипоацидные состояния желудка и нарушения барьерной функции слизистых оболочек создают условия для хронизации воспалительного процесса в тканях пародонта и ускорения деструктивных изменений костной ткани.

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в терапии воспалительных заболеваний пародонта демонстрирует высокую клиническую эффективность, выражающуюся в уменьшении кровоточивости, снижении глубины пародонтальных карманов, улучшении показателей клинического прикрепления и стабилизации деструктивных процессов в альвеолярной кости.

Литература

1. Терапевтическая стоматология / Боровский Е.В., Леонтьев В.К. // Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 800 с.
2. Каратеев, А.Е. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике» / А.Е. Каратеев, Е.Л. Насонов [и др.] // Современная ревматология. – 2015. – №1. – С.4–23.
3. Рациональное использование НПВС при лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Фунтовая К.Д., Сологова Д.И. [и др.] // Медицинское образование и вузовская наука. – 2018. – № 3-4. – С. 173-178.
4. Коленко, Ю.Г. Местное применение нестероидных противовоспалительных средств в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта Ю.Г. Костенко // Восточно-европейский научный журнал. – 2017. – №2 (18). – С. 56-60.

**Диагностика параметров интактного пародонта с помощью клинических,
функциональных и лучевых методов исследования
Сиводедова А.М.**

Стажер-исследователь

Ассистент Сологова Д.И.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)*

Кафедра хирургической стоматологии

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

г. Москва, Российская Федерация

sivodedovaaan@yandex.ru

Актуальность. В настоящее время вопрос поиска эффективных средств лечения заболеваний тканей пародонта остается актуальным по причине их высокой распространенности и неуклонного роста [1,2]. Существует множество методов восстановления тканей пародонта. Сложность восстановления данного комплекса тканей заключается в чувствительности к травматическому воздействию и длительной регенерации пародонтального комплекса после вмешательств [3,4]. На сегодняшний день открыты перспективы для разработки сложных методов восстановления тканей с использованием биоэквивалентов, получаемых методом трехмерной биопечати. Для повышения точности реконструкции необходимо учитывать множество параметров пародонта, которые регистрируют с помощью клинических, лучевых, лабораторных методов исследования, возможности которых растут в связи со стремительным развитием технологий [5].

Цель исследования – анализ и систематизирование информации о клинических, функциональных и лучевых методах исследования, регистрирующих параметры пародонта и о диапазоне их значений для интактного пародонта.

Материалы и методы. В представленной работе систематизированы данные за последние 5 лет о параметрах интактного пародонта, оцениваемых с помощью клинических, функциональных и лучевых методов исследования. Проводился поиск и анализ данных научных статей в международных электронных научных базах eLibrary, PubMed, Google Scholar, Web of Science, ScienceDirect с 2019 по 2024 год, по ключевым словам: «пародонт», «клинические методы исследования», «функциональные методы исследования», «лучевые методы исследования», «фенотип десны», «пародонтальные индексы», «зондирование десневой борозды», «интраоральное сканирование».

Результаты исследования. Анализ данных показал, что одни и те же параметры пародонта могут быть измерены несколькими методами. Как правило, для каждого параметра существует диапазон нормальных значений. Параметры, измеряемые в научных исследованиях, отражают анатомические и физиологические характеристики пародонта, а также его состояние в данный момент времени. Выбор исследуемого параметра индивидуален для каждого исследования, и зависит от цели и характера исследования.

Выводы. Таким образом, изучение пародонтального комплекса с помощью различных методов диагностики дает широкое представление об анатомии и функциях пародонта, что способствует изобретению и внедрению новых перспективных методов лечения заболеваний данного комплекса тканей.

Литература

1. Новая шина в комплексном лечении пациентов с хроническим локализованным пародонтитом средней степени тяжести / И.И. Синев, А.М. Нестеров, М.И. Садыков, М.Б. Хаикин // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2020. – №1 (22). – С. 86-92. DOI:10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-1-86-92.

2. Современное представление о применении эндоскопической техники на пародонтологическом приеме. Систематический обзор. / Л.Ю. Орехова, Н.А. Артемьев, О.А. Биричева, А.Ю. Кропотина, Е.Д. Кучумова, Д.М. Нейзберг // Пародонтология. – 2023. – №28 (1). – С.19-30. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2023-28-1-19-30>.
3. Interdental papilla reconstruction: a systematic review. / Patel M., Guni A., Nibali L., Garcia-Sanchez R. // Clin Oral Investig. – 2024. – №28 (1). – 101 p. DOI: 10.1007/s00784-023-05409-0.
4. Исходы реконструктивной хирургии тканей пародонта с разными видами барьерных мембран. / М.Д. Перова, А.Ю. Ананич, И.А. Севостьянов, И.И. Федоров, Е.С. Овчаренко, Д.Д. Самохвалова. // Пародонтология. – 2022. – №27 (1). – С. 21-31. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-1-21-31>.
5. Параметры интактного пародонта, регистрируемые с помощью клинических, функциональных и лучевых методов исследования (обзор литературы) / С.И. Репина, Ч. Чжан, А. Г. Ибрагимова, [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2024. – №.4. –С. 46-54. <https://doi.org/10.18481/2077-7566-2024-20-4-46-54>.

Коррекция кислотно-основного баланса слюны у женщин с постменопаузальным остеопорозом при лечении таблетированными бисфосфонатами

Сухоруких М.О., Сульимова Т.Б.

Ассистент, ассистент

д.м.н., профессор Козлова М.В.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента РФ

Кафедра стоматологии

г. Москва, Россия Федерация

marietta2323@mail.ru

Актуальность. В терапии постменопаузального остеопороза широко применяются пероральные формы бисфосфонатов (БФ). Их длительный приём способен вызвать ряд нежелательных эффектов, включая смещение кислотно-щелочного баланса ротовой жидкости в кислую сторону [1]. По данным зарубежных исследователей А. Qaseem и L.A. Hicks (2023), у 20–30 % пациентов пероральные БФ провоцируют кислый гастроэзофагеальный рефлюкс, достигающий слизистой оболочки полости рта. Попадание соляной кислоты приводит к снижению pH смешанной слюны ниже 7,0 [4]. Ранее было установлено, что при снижении pH до 6,4 слюна приобретает деминерализующие свойства, что способствует развитию кариеса твёрдых тканей зубов [3]. Ряд авторов также указывает, что сдвиг pH в кислую сторону вызывает воспаление пародонта [2]. Одним из методов коррекции хронических воспалительных заболеваний пародонта и твёрдых тканей зубов является фитотерапия. Так, десневые природные лечебно-профилактические пластины на желатиновой основе, обогащённые кальцием, проявляют противовоспалительные, антимикробные и антисептические свойства, усиливают регенеративные и обменные процессы в поражённых тканях и стимулируют местный иммунитет [5].

Цель исследования – выявить изменения pH смешанной слюны у женщин после приёма пероральных бисфосфонатов и определить характер и продолжительность воздействия кальций-содержащих резорбируемых десневых фитопластин на показатели кислотно-щелочного баланса слюны.

Материалы и методы. Обследовали 30 женщин с постменопаузальным ОП в возрасте от 55 до 65 лет, которые находились на наблюдении в ревматологическом отделении ФГБУ «Поликлиники №1» УДП РФ. Пациентки принимали еженедельно по схеме алендроновую кислоту (70 мг) в таблетках, не менее 3 лет. Контролем служили 30 женщин аналогичного возраста без ОП. У всех пациенток для индикации кислотно-щелочного равновесия смешанную слюну собирали в стерильную чашку Петри дважды, через час после приема таблетки БФ и перед следующим введением (через неделю), pH ротовой жидкости определяли с помощью универсальной индикаторной бумаги («Лач-Нер»). Затем в полученную слюну пациенток, принимающих таблетированную форму БФ, добавили резорбируемые десневые фитопластины с кальцием, далее чашки Петри с содержимым помещали в термостат, поддерживающий температуру 36,6С°. Мониторинг изменения pH секрета слюны проводили в течение 12 минут, с периодичностью каждые 3 минуты. 30 пациенткам с постменопаузальным ОП, спустя час после приема БФ, были зафиксированы десневые фитопластины с кальцием на слизистую десны альвеолярной части и отростка челюстей. После их рассасывания производили забор слюны в чашку Петри для определения длительности динамики цифровых показателей pH секрета в период 1, 2, 3, 4 и 7 часов.

Результаты исследования. Выявлено, что в контрольной группе обследованных без ОП показатель pH соответствовал нормальным значениям 6.79 ± 0.06 . В 100% случаев у женщин с постменопаузальным ОП, через час после приема БФ (per os), происходила девиация pH смешанной слюны в сторону кислых значений 4.81 ± 0.08 . Смещение исследуемого параметра сохранилось и в течение недели после приема БФ 4.56 ± 0.06 . После добавления десневых пластин в чашку Петри со слюной пациенток в течение каждых трех минут установлена динамика смещения кислотно-основного баланса секрета в сторону увеличения, при этом на 12 минуте были достигнуты показания контроля. У пациенток через 1 час после рассасывания фитопластин, pH смешанной слюны была в пределах контрольных значений 6.6 ± 0.07 . Аналогичные параметры сохранялись во временном отрезке от 2 до 4 часов, после чего достигли уровня 6.2 ± 0.08 , что является критическим и уже представляет собой деминерализирующую жидкость [3]. Необходимо подчеркнуть, что данный показатель ротовой жидкости был в состоянии константы до 7 часов с последующим резким смещением в кислую сторону 5.9 ± 0.08 . Следовательно, рекомендуемая кратность применения десневых пластин два раза в день, что позволяет сохранять pH слюны в нейтральных значениях.

Выводы. Таким образом, заключаем, что в 100% случаев, прием БФ в таблетках вызывает смещение pH смешанной слюны в сторону кислых значений. В процессе изучения особенностей применения десневых пластин природного происхождения с кальцием впервые доказано их положительное влияние на девиацию показателей pH секрета полости рта у данной категории больных.

Литература

1. Беляева И.Б., Мазуров В.И. и соавт. Современные принципы диагностики и терапии постменопаузального остеопороза: фокус на бисфосфонаты // Медицинский Совет, 2020. – № 11. – С. 146-153.
2. Забежинский М.М., Музыкин М.И. и соавт. Системный остеопороз и патология костной ткани пародонта: патогенетические связи, статистические корреляции, значение для клинической практики // Российские биомедицинские исследования, – 2021. – Т. 6. № 3. – С. 27-35.
3. Янушевич О.О., Еварницкая Н.Р. и соавт. Исследование маркеров слюны при воспалительных заболеваниях пародонта // Российская стоматология, – 2023. – № 16 (2). С. 46-50.
4. Qaseem A., Hicks L.A., Etcheandía-Ikobaltzeta I., et al. Pharmacologic Treatment of Primary Osteoporosis or Low Bone Mass to Prevent Fractures in Adults: A Living Clinical Guideline from the American College of Physicians // Annals of Internal Medicine. – 2023. – Vol. 176, № 2. – P. 224–238. – DOI: 10.7326/M22-1034.
5. Гончарова, Е.И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта / Е.И. Гончарова // Российский стоматологический журнал. – 2012. – №3. – С. 48-52.

Прогнозирование течения COVID-19 на основе биомаркеров слюны с исследованием клеточного профиля и цитокиновой активности
Усмонов Б.А.¹, Абдуалиева Д.А.²

Соискатель, Студент

¹*Андижанский государственный медицинский институт
кафедра терапевтической стоматологии
г. Андижан, Узбекистан*

²*Ташкентский государственный стоматологический институт
кафедра пропедевтики терапевтической стоматологии
г. Ташкент, Узбекистан
syx76.76@mail.ru*

Актуальность. Слюна остаётся перспективным биоматериалом для выявления биомаркеров, отражающих состояние пациентов с COVID-19. Нейтрофилы, ранее не считавшиеся ключевыми в противовирусной защите, проявляют двойственную роль при этой инфекции [1,3,5]. Они участвуют в защите организма, но могут вызывать повреждающее воспаление, усугубляя осложнения. Модуляция их активности открывает новые возможности для разработки стратегий лечения, балансирующих воспалительный ответ [1,2,4].

Цель исследования – проанализировать клеточный состав и цитокиновый профиль смешанной слюны для выявления потенциальных биомаркеров, позволяющих прогнозировать течение и исход COVID-19.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2021 по 2023 годы в Республиканской инфекционной клинике Зангиота № 1 и на кафедрах ТГСИ и АГМИ с участием 80 пациентов с COVID-19 (возраст от 20 лет), подписавших согласие. Пациенты разделены на основную группу (n=50, с стоматологическими заболеваниями) и контрольную (n=30, без патологии). Диагноз подтверждался ПЦР-тестом и анализом антигенов/антител. Уровни цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , ИЛ-8) в слюне определялись методом ИФА, данные обрабатывались в Microsoft Excel с использованием параметрических и непараметрических методов (среднее, ошибка, критерий Стьюдента, P).

Результаты исследования. Пациенты с COVID-19 демонстрируют значительные изменения клеточного и цитокинового состава слюны по сравнению с контрольной группой. Установлено увеличение доли нейтрофилов (в 4,57 раза) и снижение лимфоцитов (в 6,91 раза), а также повышение уровней провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α , IL-1 β) и хемокина IL-8, коррелирующее с тяжестью заболевания ($p < 0,05$). Повышенная активность нейтрофилов свидетельствует об остром воспалении и раннем иммунном ответе на инфекцию. Одновременно дисбаланс между клетками врожденного и адаптивного иммунитета указывает на системную воспалительную реакцию и иммунную дисрегуляцию. Увеличение десквамированных эпителиальных клеток (в 2,13 раза) отражает воспаление и повреждение слизистой оболочки полости рта, глотки и верхних дыхательных путей. Эти изменения подчёркивают роль нейтрофилов как маркеров прогрессирования COVID-19 и потенциальных мишеней для терапии. Статистически значимые различия ($P < 0,05$) отмечались в средних значениях всех исследованных показателей (IL-6, IL-8, IL-2, IL-1, α -интерферон, ФНО- α) в смешанной слюне пациентов основной группы по сравнению с контрольной. У пациентов с сочетанием COVID-19 и хронического пародонтита средней степени тяжести наблюдалось достоверное повышение уровней провоспалительных цитокинов: IL-6 – $22,51 \pm 4,44$ пг/мл в основной группе против $12,33 \pm 0,2$ пг/мл в контроле ($p < 0,005$), IL-8 – повышение в 1,58 раза ($P \leq 0,05$), IL-2 – повышение в 1,6 раза ($P \leq 0,05$), IL-1 – повышение в 2,09 раза ($P \leq 0,05$), ФНО- α – $21,48 \pm 2,01$ пг/мл в основной группе против $15,6 \pm 0,21$ пг/мл в контроле ($P \leq 0,05$), ИФН- α – $13,76 \pm 2,39$ пг/мл в основной группе

против $8,4 \pm 0,22$ пг/мл в контроле ($P \leq 0,05$). Полученные данные подтверждают выраженный воспалительный ответ у пациентов с COVID-19, особенно при наличии сопутствующей стоматологической патологии.

Выводы. Разработка новых алгоритмов, основанных на слюнных биомаркерах, может способствовать более персонифицированному подходу к ведению пациентов с данной инфекцией, позволяя своевременно оценивать риск осложнений и корректировать тактику лечения.

Литература

1. Малышев, М.Е. Особенности ухода за полостью рта при лечении пародонтита у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 / М.Е. Малышев, М.М. Швецов, А.К. Иорданишвили // Медицинский алфавит. – 2022. – №22. – С. 41–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-22-21-26>.
2. Митронин, А.В. Взаимосвязь стоматологического статуса пациентов с тяжестью течения респираторной коронавирусной инфекции COVID-19 / Митронин А.В., Апресян Н.А. [и др.] // Эндодонтия Today. – 2021. – №19 (1). – С. 18-22. <https://doi.org/10.36377/1683-2981-2021-19-1-18-22>.
3. Hobbins, S. Is periodontitis a comorbidity of COPD or can associations be explained by shared risk factors/behaviors? / S. Hobbins, I.L. Chapple et al. // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. – 2017. – №12. – P. 1339–49. DOI: 10.2147/COPD.S127802
4. Yusupalikhodjaeva, S.H. Factors for persistence of candida albicans, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity / S.H. Yusupalikhodjaeva et al. // European Science Review. – 2018. – №.7-8. – P. 187-190.
5. Yusupalikhodjaeva, S.Kh. Clinical State of Periodontal and Dental Hard Tissues in Patients with Covid / Yusupalikhodjaeva S.Kh., Usmonov B.A. et al. // International Journal of Innovative Research in Science, Engineering and Technology (IJIRSET). – 2022. – №11 (1). – С. 395-392. DOI:10.15680/IJIRSET.2022.1101054.

**Применение физических факторов в комплексной терапии пациентов с
хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, проходящих
ортодонтическое лечение
Фиоронова М.А.**

Соискатель

д.м.н., профессор Борисова Э.Г.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны
Российской Федерации*

Кафедра общей стоматологии

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

fironovamarina@gmail.com

Актуальность. Врача-ортодонты в своей практической деятельности довольно часто встречаются с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, герпесвирусная инфекция и др.), которые имеются у пациентов в подростковом и юношеском возрасте [1 - 4]. Это может стать поводом для отказа или для досрочного прекращения курса лечения. Фармакотерапия хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта при ортодонтическом лечении пациентов не всегда эффективна и может быть связана со специфичностью оказания стоматологической помощи при данной патологии [2,4]. К сожалению, в доступной литературе недостаточно работ, посвященных медицинским аспектам профилактики и лечения указанных выше патологических состояний слизистой оболочки полости рта именно в ортодонтической практике, что послужило темой для исследования.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ медицинской документации по применению физических факторов в комплексной терапии пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС), проходящих ортодонтическое лечение на элайнерах, в сравнении с традиционными методами лечения.

Материал и методы. 174 амбулаторные карты были распределены на две группы: основную (95 карт) и контрольную (79 карт), где были все сведения о процессе лечения пациентов. У пациентов основной группы помимо общепринятого при ХРАС лечения, применялся магнито-инфракрасный лазерный терапевтический прибор МИЛТА Ф-8 РД-6 (18-21 Вт). Аппарат оказывает терапевтическое воздействие в режиме лазерного инфракрасного излучения. Длина волны 0,85 - 0,89 мкм, импульсная мощность лазерного излучения 18-21 Вт. Второй режим - светодиодное инфракрасное излучение. Пациенты контрольной группы получали только медикаментозное лечение, которое назначается традиционно при ХРАС. Пациентам основной группы физиотерапия проводилась 10 сеансов в течение 2 минут на морфологические элементы в полости рта. В амбулаторные карты всех пациентов заносились данные обследования лазерной доплеровской флоуметрией, которая используется для исследования периферических микрососудистых нарушений с помощью анализатора лазерного микроциркуляции крови компьютеризированного ЛАКК-02 (регистрационное удостоверение №29/03020703/5555-03 от 11.09.2003).

Результаты исследования. Как показал ретроспективный анализ амбулаторных карт, у пациентов основной группы показатели лазерной доплеровской флоуметрии до лечения были следующие: ПМ (перф.ед) -15,368±1,24; (σ) (СКО) - 0,63±0,27; Kv - 7,849±0,32. В контрольной группе: ПМ (перф.ед) -14,836±2,91; (σ) (СКО) -0,71±0,85; Kv -7,562±0,68. Через месяц после проведенного комплексного лечения эти показатели значительно приблизились к нормальным в основной группе: ПМ (перф.ед) - 7,952±1,63; (σ) (СКО) - 0,912±0,04-; Kv - 11,723±0,36. В контрольной группе эти изменения были незначительными: ПМ (перф.ед) -13,824±2,81; (σ) (СКО) - 0,79±0,86; Kv -8,492±0,54.

Эпителизация морфологических элементов у пациентов в основной группе проходила на 3-4 сутки, тогда как в контрольной группе эти сроки составили 8-12 суток. Низкоуровневая магнито-лазерная терапия также в источниках литературы [1, 4] идентифицируется как фотобиомодуляционная терапия, основной которой является использование инфракрасного света для получения анальгезирующего, эпителизирующего, противоотечного, противовоспалительного эффектов.

Выводы. Физиотерапевтические методы лечения рекомендуется включать в качестве дополнительного варианта при терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита у пациентов, получающих длительную ортодонтическую помощь на элайнерах.

Литература

1. Борисова, Э.Г. Методика диагностики и лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита с использованием низкоинтенсивного светодиодного излучения / Э.Г. Борисова, Е.А. Никитина // Вестник «Биомедицина и социология». – 2018. – Т. 3, №4. – С. 29-32.
2. Борисова, Э.Г. Особенности микроциркуляции в слизистой оболочке полости рта при хроническом афтозном стоматите и при сочетании хронического афтозного стоматита с гальванозом / Э.Г. Борисова, А.А. Комова, Е.А. Никитина // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. Т. 20, №.6. – С. 44-48.
3. Борисова, Э.Г. Патент на изобретение № 2795869 Российская Федерация, МПКА61К 31/08, А61Р1/02, А6/Н 5/06. Способ профилактики рецидивов хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения съёмными ортопедическими конструкциями: №2022109192: заявл. 06.04.2022: опубл. 12.05.2023 / Борисова Э.Г., Ягмуров Х.О., Машкова Н.Г., Божченко А.П., Грига Э.С. Заявитель Военно-медицинская академия им. С.М Кирова. – 9 с.
4. Титов, П.Л. Аллергические реакции к компонентам стоматологических материалов. Диагностика / П.Л. Титов, П.Н. Мосейчук, А.М. Матвеев // Современная стоматология. – 2017. – №2. – С. 28-33.

Оценка осведомленности о бруксизме и распространенности симптомов данного состояния среди лиц молодого возраста

Фирсова А.А.

Аспирант

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Макеева И.М.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

Институт стоматологии им. Е.В. Боровского
Кафедра терапевтической стоматологии
г. Москва, Российская Федерация
ann.f.710@ya.ru

Актуальность. Бруксизм – это состояние циклического сжатия и трения, скрежета зубов, возникающее вследствие повторяющейся активности жевательных мышц; «выпускной клапан стресса» [3]. Данное отклонение является довольно распространенным среди пациентов, однако, бруксизму пациентов молодого возраста отводится внимание лишь в единичных работах [1]. Изменчивость клинической картины, противоречия в этиологии и патогенезе осложняют диагностику, которая, по-прежнему, является нерешенной проблемой [2]. Последствия бруксизма имеют для пациентов негативное влияние с медицинской и эстетической точки зрения. Совокупность этих факторов приводит к тому, что осведомленность о симптомах и самодиагностике данного состояния является важным и малоизученным вопросом современной стоматологии.

Цель исследования – оценить осведомленность о бруксизме и распространенность симптомов данного состояния среди лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Опрос проводился с помощью Яндекс-формы; онлайн-анкета включала объяснение цели исследования, соглашение об участии и тринадцать вопросов.

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие 59 человек, не связанных с работой в стоматологической сфере. Среди респондентов о существовании бруксизма знает 36 человек (61% опрошенных). Из лиц, наблюдающих у себя симптомы бруксизма и факторы, способствующие его возникновению (скрежет зубами, хронический стресс, звуки в ВНЧС, стираемость зубов, трещины эмали зубов, головные боли, боль и напряженность жевательных мышц, клиновидные дефекты, чувствительность зубов) 7 человека (11.8%) обнаружили состояние самостоятельно, 4 респондентам (6.8%) о данных проявлениях сообщили другие люди. Среди лиц, утверждающих об отсутствии у них бруксизма (25 человек – 69.4%) а также незнакомых с данной патологией (23 человек - 39%) сообщают о проявлении четырёх и более перечисленных выше проявлений 11 респондентов (44% группы) и 9 респондентов (39.1% группы) соответственно. По частоте встречаемости среди респондентов всех групп признаки распределились следующим образом: отметили чувствительность зубов 30 опрошенных (50.8%), хруст и посторонние звуки в ВНЧС – 29 (49.1%), хронический стресс испытывают 27 человек (45.8%), наблюдают у себя периодические головные боли 24 опрошенных (40.7%), боли и дискомфорт жевательных мышц – 14 (23.7%), стираемость – 13 (22%) и клиновидные дефекты – 2 человека (3.4%) соответственно.

Выводы. Знание о существовании такой патологии, как бруксизм, не является определяющим фактором в вопросе самодиагностики наличия данного состояния; среди "не стоматологов" вероятность наличия симптомов бруксизма относительно высока, причем стресс является одним из определяющих факторов возникновения отклонения, а чувствительность зубов – его проявлением.

Литература

1. Виргунова, Т.В. Бруксизм у лиц молодого возраста: особенности клиники, диагностики и лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Виргунова. – Тверь, 2013. – 24 с.
2. Гайдарова, Т.А. Бруксизм / Т.А. Гайдарова, А.Я. Вязьмин, В.В. Малышев. – Иркутск : РИО НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2004. – 52 с.
3. Славичек, Р. Жевательный орган. Функции и дисфункции / Р. Славичек ; пер. с англ. – М. : Азбука, 2008. – 510 с.

Искусственный интеллект в диагностике заболеваний пародонта с использованием рентгенографического анализа
Шомуродова Г.Х., Шомуродова А.Э.

докторант кафедры, стажёр соискатель

д.м.н., доцент Юсупалиходжаева С.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра пропедевтики терапевтической стоматологии

г. Ташкент, Республика Узбекистан

syx76.76@mail.ru

Актуальность. Современные технологии в стоматологии, включая искусственный интеллект и компьютерную диагностику, повышают точность выявления патологий полости рта, таких как кариес и пародонтит [1,4,6]. Алгоритмы глубокого обучения, особенно сверточные нейронные сети, эффективно анализируют рентгенограммы, снижая диагностические ошибки. Эти инновации улучшают стандарты стоматологической помощи и качество лечения [2,3,5].

Цель исследования – разработка и совершенствование методов диагностики заболеваний пародонта с использованием нейронных сетей, основанных на анализе рентгенографических данных.

Материалы и методы. Исследование базировалось на первичном наборе из 150 анонимных панорамных рентгенограмм, полученных на кафедре ортопедии и ортодонтии Андижанского государственного медицинского института с использованием аппарата Owandy I-MAX PAN+3D+CEPH, обеспечивающего высокое качество изображений. Рентгенограммы пациентов старше 18 лет были отобраны без учёта пола и возраста, обработаны до разрешения 1024x512 пикселей для стандартизации и использованы для обучения модели искусственного интеллекта.

Результаты исследования. Разработанная модель искусственного интеллекта прошла обучение на 725 панорамных рентгенограммах с 1541 меткой, относящейся к общей резорбции альвеолярной кости, 709 изображениях с 1215 метками горизонтальной резорбции, 601 изображении с 2596 метками вертикальной резорбции и 1512 сегментированных изображениях с 2136 метками фуркационных дефектов. Валидационная выборка включала 88 изображений (178 меток) для общей резорбции, 75 изображений (1548 меток) для горизонтальной резорбции, 55 изображений (268 меток) для вертикальной резорбции и 141 сегментированное изображение (215 меток) для фуркационных дефектов. Тестирование проводилось на 89 изображениях (214 меток) общей резорбции, 78 изображениях (1758 меток) горизонтальной резорбции, 64 изображениях (306 меток) вертикальной резорбции и 145 сегментированных изображениях (205 меток) фуркационных дефектов. Оптимизация модели на основе валидационной выборки позволила повысить её точность в идентификации патологических изменений пародонта, что подтверждает её потенциал для клинического применения.

Выводы. Разработанная модель искусственного интеллекта на основе алгоритмов глубокого обучения продемонстрировала высокую эффективность в диагностике различных форм резорбции альвеолярной кости по рентгенографическим изображениям. Использование обучающей, валидационной и тестовой выборок позволило оптимизировать параметры модели и повысить её точность в распознавании патологических изменений пародонта. Полученные результаты подтверждают перспективность внедрения нейросетевых технологий в стоматологическую практику для автоматизированной диагностики заболеваний пародонта. Дальнейшие исследования направлены на улучшение алгоритмов сегментации и классификации, что позволит повысить точность и клиническую значимость модели.

Литература

1. Самохвалова, Д.Д. Построение нейросетевой модели стратификации пародонтального риска / Д.Д. Самохвалова, М.Д. Перова, И.А. Севостьянов // Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2023 – Т. 7 – № 3 – С. 266–275.
2. Самохвалова, Д.Д. Предупреждение деформаций краевого пародонта при планировании ортодонтической программы / И.Д. Самохвалова, Д.Д. Самохвалова, М.Д. Перова // Международная научно-практическая конференция «Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области», посвященная 60-летию стоматологического факультета КубГМУ. – Краснодар, 2023 – С. 112–119.
3. Юсупалиходжаева С. Сочетанные воспалительно-деструктивные поражение пародонта: этиология, патогенез, клиника, диагностика / С. Юсупалиходжаева, Г. Шомуродова // Стоматология. – 2023 – №1 (1). С. 75–79.
4. Юсупалиходжаева С.Х. Современный взгляд на комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита / Юсупалиходжаева С.Х. [и др.] // Innovative developments and research in education. – 2022. – Т. 1, №. 12. – С. 261-275.
5. Khan, H.A. Automated feature detection in dental periapical radiographs by using deep learning / H.A. Khan, M.A. Haider, H.A. Ansari et al. // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. – 2021. – №131 (6). – P. 711–20. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2020.08.024>.
6. Kim, J. DeNTNet: deep neural transfer network for the detection of periodontal bone loss using panoramic dental radiographs / J. Kim, H. Lee et al. // Sci Rep. – 2019. – №9 (1). –p. 17615. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-53758-2>.

СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ

Взаимосвязь показателей микрокристаллизации ротовой жидкости и используемых средств гигиены полости рта у лиц, прошедших дентальную имплантацию

Алейникова В.А.

Студент

д.м.н., профессор Походенько-Чудакова И.О.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургической стоматологии

г. Минск, Республика Беларусь

surgstom@bsmu.by

Актуальность. Послеоперационные профилактические мероприятия способствуют снижению риска развития воспалительных процессов [3], в том числе воспалительно-деструктивных осложнений дентальной имплантации – периимплантита [4]. Это свидетельствует в пользу необходимости разработки целенаправленной персонализированной программы профилактики послеоперационных осложнений, что положительно отразится не только на качестве жизни пациентов, но и повысит уровень оказания стоматологической помощи населению в целом.

Ротовая жидкость имеет одно из ключевых значений в процессе заживления и интеграции дентального имплантата [1,2]. Анализ ее микрокристаллической структуры может дать новые данные о том, как она влияет на биосовместимость и остеоинтеграцию. Учет индивидуальных характеристик ротовой жидкости пациента может способствовать более персонализированному подходу в лечении и повышению успешности имплантации. Таким образом, исследование этой взаимосвязи может не только углубить научные знания, но и улучшить результаты практического использования данного вида медицинской реабилитации стоматологических пациентов.

Цель исследования – проанализировать материалы анкетирования пациентов с установленными дентальными имплантатами в полости рта, определить актуальность использования средств и предметов гигиены полости рта в постоперационном периоде, а также выявить взаимосвязь состояния ротовой жидкости с течением воспалительного процесса в области дентального имплантата.

Материалы и методы. Проведено анкетирование по добровольному согласию. Опрос выполняли при помощи анкеты, разработанной авторами.

Проанализированы данные анкетирования и типы микрокристаллизации ротовой жидкости у 18 соматически здоровых пациентов возраста от 27 до 55 лет с установленными дентальными имплантатами в полости рта.

Результаты исследования. Из общего числа обследованных у 55,5% определяется второй тип микрокристаллизации ротовой жидкости. У 38,9% – третий, 5,6% – первый.

Для ежедневного использования 100,0% респондентов используют следующие предметы и средства гигиены: зубную щетку средней жесткости; лечебно-профилактические и гигиенические пасты; 77,8% – дополнительно используют ирригатор и зубную нить; 50,0% – зубные ершики. Следует отметить, что 66,7% обследованных проходили индивидуальный курс профессиональной гигиены с использованием состава Curaprox Perio Plus. У 56,0% обследуемых определяется удовлетворительный уровень гигиены. У 33,0% – неудовлетворительный, 11,0% – хороший. Также у 61,0% обследуемых определяется взаимосвязь между уровнем гигиены, наличием признаков воспаления и типом микрокристаллизации ротовой жидкости.

Выводы. Представленные результаты убедительно доказывают необходимость разработки целенаправленной персонализированной программы профилактики послеоперационных осложнений для пациентов, прошедших дентальную имплантацию, что положительно отразится не только на качестве жизни пациентов, но и повысит уровень оказания специализированной (стоматологической) медицинской помощи населению в целом.

Литература

1. Закий, А.О. Использование ротовой жидкости для диагностики проблем остеоинтеграции в дентальной имплантологии / А.О. Закий, А.С. Крылова, В.В. Новочадов // Природные системы и ресурсы. – 2018. – Т. 8, № 2. – С. 56–60. DOI: 10.15688/jvolsu11.2018.2.10.
2. Особенности взаимодействия дентальных имплантатов с живыми тканями и современные методы придания антибактериальных свойств материалам для имплантации / И.В. Майбородин [и др.] // Российская стоматология. – 2017. – Т. 10, № 4. – С. 32–41. DOI: 10.17116/rosstomat201710432-40.
3. Профилактика воспалительных осложнений после удаления третьих моляров нижней челюсти / В.А. Семкин [и др.] // Стоматология. – 2022. – Т. 101, № 3. – С. 38–43.
4. Clinical decision making for primary peri-implantitis prevention: practical applications / M.L. Geisinger [et al.] // Clin. Adv. Periodontics. – 2021. – Vol. 11, N 1. – P. 43–53. DOI: 10.1002/cap.10115.

Микробиологические аспекты флегмон шеи

Ахмед Н.К., Аревина В.Е.

Научный сотрудник, младший научный сотрудник

д.м.н., профессор Егоров В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ)

г. Москва, Российская Федерация

vik.dyatlova21@yandex.ru

Актуальность. Флегмона шеи - острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств шеи. Флегмоны шеи встречаются в 10-12% среди всех гнойно-воспалительных оториноларингологических заболеваний [1]. На сегодняшний день, послеоперационное лечение данных пациентов остается одной из основных проблем в практике врачей оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов. Неадекватное ведение раны в послеоперационном периоде может приводить к прогрессированию воспалительного процесса и необходимости повторных операций, вторичное внутрибольничное инфицирование, отсутствие бактериологического контроля за отделяемым из раны, неадекватная антибактериальная терапия также удлиняют сроки стационарного лечения [2,3,4,5].

Материалы и методы. С целью установления этиологии флегмон шеи при поступлении всем пациентам были взяты мазки со слизистой зева и ротовой полости, а после вскрытия флегмоны – раневое отделяемое. Исследование было проведено в лаборатории микробиологических исследований МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского общепринятыми методами. Всего было обследовано 42 пациента, из которых 23 с диагнозом одонтогенные (группа 1) и 19 с тонзиллогенные (группа 2) флегмоны шеи.

Результаты исследования. Анализируя результаты посева со слизистой зева в группе 1 было отмечено, что микроорганизмы, определяющие нормоценоз, по перечню видов и концентрации не отличается от таковых со слизистой ротовой полости и практически идентичны результатам группы 2. Ведущими микроорганизмами были, *S.viridans* и *S.mitis*, с частотой встречаемости 30% и в концентрации 10^4 - 10^6 КОЕ/мл.

Микроорганизмы, определяющие дисбиоз в группе с одонтогенными флегмонами, выявлены в половине проб наличие *S. aureus* в концентрации 10^4 - 10^6 КОЕ/мл на слизистой зева и ротовой полости. Следующие по частоте встречаемости следуют энтеробактерии, представленные *E. aerogenes*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, суммарно 31%. Грибы рода *Candida*, были выделены в 39% проб со слизистой зева и в 23% со слизистой ротовой полости. Проводя сравнительный анализ высеваемости микроорганизмов в группе с тонзиллогенными флегмонами следует отметить, что *S. aureus* определялся у 80% пациентов на слизистой зева в концентрации 10^4 - 10^6 КОЕ/мл и у 50% пациентов со слизистой ротовой полости в концентрации 10^4 - 10^8 КОЕ/мл. Грамотрицательные бактерии были представлены *K. pneumoniae* в 40% случаев на слизистой зева и единичные случаи со слизистой ротовой полости. В отличие от группы с одонтогенными флегмонами, встречаемость грибов рода *Candida* носила эпизодический характер.

Выводы. Таким образом, ведущими микроорганизмами, определяющими дисбиоз слизистой зева и ротовой полости является *S. aureus* в концентрации 10^4 - 10^6 КОЕ/мл, выделенные у более половины пациентов, и энтеробактерии (суммарно) в концентрации 10^6 КОЕ/мл у каждого четвертого. Другие выделенные микроорганизмы встречались эпизодически в концентрации 10^3 КОЕ/мл и ниже.

Результаты посева, отделяемого из ран в группах, были идентичные, что дает возможность дать общую характеристику. Пробы с отсутствием роста составили 80%. Ведущими микроорганизмами в пробах с ростом явились *Staphylococcus*, выделенные

в 47% случаев. Среди стафилококков преобладали *S. aureus* у 29% пациентов в концентрации 10^4 КОЕ/мл, коагулазонегативные стафилококки в 18% с концентрацией 10^3 КОЕ/мл и ниже. Далее по частоте встречаемости следуют *Streptococcus* (29%) с преобладанием *S. viridans* у 17% пациентов с концентрацией 10^4 КОЕ/мл и *E. faecalis* в концентрации 10^3 КОЕ/мл. Энтеробактерии встречались эпизодически. У одного пациента была выделена *K. pneumoniae* в концентрации 10^6 КОЕ/мл и у двух *A. baumannii* в концентрации 10^3 КОЕ/мл. Грибы рода *Candida* были определены у 1 пациента и представлены *C. krusei* в концентрации 10^3 КОЕ/мл.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что ведущим возбудителем одонтогенных и тонзиллогенных флегмон является *S. aureus*. Источником инфицирования, приведшим к образованию флегмоны, является микрофлора зева и ротовой полости со значительным преобладанием *S. aureus*.

Литература

1. Применение ТЭС-терапии в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области / Н.Н. Шиханян, А.Ю. Туровая, А.Х. Каде, А.С. Мосесова, А.В. Уваров // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 1. – С. 87-88.
2. Бабушкина, И.В. Влияние наночастиц металлов на регенерацию экспериментальных ран / И.В. Бабушкина // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. VI. – № 2. – С. 217-221.
3. Результаты лечения инфекции в области хирургического вмешательства методом фотодинамической терапии / Г.М. Исмаилов, Е.К. Словоходов, В.И. Ярема [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2016. – Т. 22. – № 3. – С. 28-36.
4. Эриванцева, Т.Н. Патентование методики лазерофореза (обзор литературы) / Т.Н. Эриванцева // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2016. – № 4. – С. 313-327.
5. Парамонова, О.А. Эффективность применения современных раневых покрытий в комплексном лечении больных флегмонами лица и шеи : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / Парамонова Олеся Андреевна; [Место защиты: ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. – Краснодар, 2020. – 141 с. : ил.

Обоснование выбора местной анестезии при лечении зубов на верхней челюсти

Вавуло П.И.

Студент

д.м.н., профессор Шевела Т.Л.

Кафедра хирургической стоматологии

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

@bsmu@gmail.com

Актуальность. Традиционно местное обезболивание зубов на верхней челюсти проводят следующими методами: двухсторонняя инфильтрационная анестезия в переходную складку в проекцию верхушек корней, проводниковая анестезия (инфраорбитальная, торусальная, небная, резцовая), внутрикостная и интралигаментарная [1]. При первом способе анестезии выявлен ряд недостатков, поскольку необходимо проведение двух инъекций для анестезии одного зуба, при этом происходит излишняя анестезия мимических мышц и губ. В результате многократного введения супрапериостальной инфильтрации, не преднамеренная анестезия губ и мимических мышц приводит к затруднению оценки линии улыбки, что является одним из важных параметров восстановительных ортопедических процедур [2]. Freedman и Hochman (1998) предложили технику анестезии на верхней челюсти для блока передних и средних верхних альвеолярных ветвей. Авторы описывают эффективную анестезию от центрального резца до второго премоляра путем единственной инъекции в слизистую оболочку твердого неба. Ожидаемая анестезия длится от 45 до 60 минут, при этом не происходит онемение губы и мимических мышц [3].

Цель исследования – определить эффективность техники анестезии на верхней челюсти для блокады передних и средних верхних альвеолярных ветвей с учетом анализа данных топографо-анатомического строения небного отростка верхней челюсти на основании конусно-лучевой томографии.

Материалы и методы. На базе УЗ «7-я городская стоматологическая поликлиника г. Минска» в рентгенологическом кабинете совместно с врачом-рентгенологом проведен анализ 290 конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) верхней челюсти, на которых был рассмотрен добавочный канал *canalis sinuosus* в сагитальном и аксиальном срезах. После анализа данных лучевых методов исследования было выявлено 46 пациентов, у которых обнаружен добавочный канал *canalis sinuosus* на КЛКТ-сканах, данной группе пациентов проводилась инфильтрационная анестезия в области слизистой оболочки неба при лечении зубов на верхней челюсти. В качестве анестетика использовался 4,0% раствор ультракаина с эпинефрином в разведении 1:100 000 1,7 мл. Анестезия проводилась карпульной иглой. Для контроля эффективности обезболивания использовался аппарат «Электроодонтодиагностики». Измерения выполняли на премолярах верхней челюсти до введения анестетика, сразу после инъекции и через 5 и 10 минут после проведения анестезии. За уровень анальгезии принимался порог электровозбудимости пульпы равный 100 мкА.

Результаты исследования. В ходе исследования был обнаружен добавочный канал *canalis sinuosus* на 46 КЛКТ-сканах, что составляет 15,8% от общего количества исследуемых КЛКТ-сканов. При проведении электроодонтодиагностики получили следующие результаты: анальгезия зуба 2.4 начиналась на 1-й мин в 50 % наблюдений, на 5-й мин в 25 % наблюдений и на 10-й мин в 25 % случаев. Продолжительность обезболивания слизистой оболочки составила 25 минут. Анальгезия зуба 2.5 наступила на 1-й мин в 100 %, на 5-й мин в 100 % случаев. Продолжительность обезболивания слизистой оболочки составила 25 минут.

Выводы. Добавочный канал Canalis Sinuosus берет начало от canalis sinuosus и открывается отверстиями в переднем отделе твердого неба в области от центрального резца до первого моляра. В ходе исследования у 46 пациентов был обнаружен добавочный канал canalis sinuosus, что составляет 15,8% всех изученных КЛКТ-сканов. Таким образом, техника анестезии с небной стороны в области добавочного канала, предложенная Friedman и Hochman (1998), является эффективной при обезболивании премоляров.

Литература

1. Атлас анатомии человека / Неттер, Фрэнк; пер. с англ. под ред. Л.Л. Колесникова. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2017. – 624 с.
2. Кабак, С.Л. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по спец. "Стоматология" / С.Л. Кабак, А.В. Глинник. – Минск: Вышэйш. шк., 2023. – 205 с.
3. Mark J. Freedman, Mark J. Hochman. P-ASA Block Injection: a New Technique to Anesthetize Maxillary Anterior Teeth// Journal of esthetic dentistry. – 1999. – № 2. – С. 63-71.

Особенности анатомии кровоснабжения околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез

Вахаева А.А.

Ординатор

к.м.н. Богдашина О.В.

*ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления
делами Президента Российской Федерации*

Кафедра стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

ayshat7007153@gmail.com

Актуальность. Функциональное состояние слюнных желез играет важную роль в поддержании гомеостаза организма и зависит от многих факторов и сложных механизмов регуляции. Основной объём слюны вырабатывается большими слюнными железами: околоушными (ОУСЖ) – 25%, поднижнечелюстными (ПЧСЖ) – 70%, подъязычными – 4% соответственно, на долю малых желез – 1% [2]. Первоначально секрет слюнной железы образуется путем ультрафильтрации из плазмы крови и далее формируется в несколько этапов, включая активный транспорт и модификацию микроэлементного состава в протоках [2]. Соответственно, объём секреции непосредственно зависит от кровоснабжения слюнных желез и изменение гемодинамики является фундаментальным фактором в патогенезе нарушения секреции. В свою очередь к нарушению кровоснабжения могут привести разные причины: возраст, сосудистые патологии, такие как атеросклероз, микроангиопатии при сахарном диабете; аутоиммунные и системные заболевания. В доступной литературе представлены общие данные о магистральных сосудах слюнных желез, тогда как данные об их точной топографии и микроциркуляторном русле остаются крайне ограниченными. В связи с этим, представляется необходимым уточнение основных источников кровоснабжения и изучение данных о микроциркуляции больших слюнных желез.

Цель исследования – изучить особенности анатомии магистрального и микроциркуляторного кровоснабжения околоушной и поднижнечелюстной слюнной железы в норме.

Материалы и методы. В соответствии с целью данного исследования на тему анатомия и кровоснабжение слюнных желез, формирование секрета больших слюнных желез обнаружено 37 отечественных и зарубежных источников в период с 1935 г. по 2025 г. в рецензируемых изданиях, представленных в текстовых базах библиотек ЦНМБ и ЦГМА, в электронный базах (PubMed, E-Library и Cyberleninka). По ключевым словам, анатомия и топография сосудов, гемодинамика, микроциркуляция ОУСЖ и ПЧСЖ, отобрано и включено в исследование - 20.

Результаты исследования. Основной артерией ОУСЖ по научным данным, как иностранных, так и русскоязычных источников является наружная сонная артерия - 89% [1,4,5,7], далее в разных комбинациях описываются её ветви: поверхностная височная - 67% [1,4,5], поперечная артерия лица - 61% [1,4,5,7], верхнечелюстная - 44% [1,5], задняя ушная - 39% [1,4,5,7]. Кровоснабжение поднижнечелюстной слюной железы преимущественно осуществляется преимущественно лицевой артерией - 80% [1,2,6], являющейся ветвью наружной сонной артерии. Некоторые из авторов также добавляют язычную - 43%, подподбородочную - 36% и подъязычную - 14% артерии [1,6]. Лицевая артерия проходит через паренхиму ПЧСЖ, реже - прилежит к ней, располагаясь на медиальной поверхности ее заднего полюса [2].

Важным результатом проведенного исследования является анализ публикаций по микроциркуляции слюнных желез. По выявленным данным [3,4], артерии, как правило, следуют по ходу протоков, за исключением крупных артерий в ОУСЖ диаметром 120-

500мкм, проходящих во всех направлениях вне системы протоков. Далее артерии следуют ветвлениям выводных протоков и делятся на артериоларные, прекапиллярные ветви. В ПНСЖ деление внутриорганных артерий имеет долевого характер и ограничено долей железы. Внутри доли прекапиллярные артериолы распадаются на капилляры диаметром 7-9мкм, которые формируют густую округлой формы мелкопетлистую сеть, окружающую каждую слюнную альвеолу. На уровне перехода концевых секреторных отделов в начальные отделы протоков, капиллярные сети контактируют. В спокойном состоянии сброс крови осуществляется через околопротоковую сеть капилляров, при рабочей гиперемии включается периацинарная сеть капилляров, что сопровождается увеличением объема секрета. Относительная автономность двух параллельно включенных сетей позволяет работать железе в различных режимах, что является важным компенсаторным фактором.

Выводы. Таким образом, анализ данных об анатомических особенностях кровоснабжения и микроциркуляции подтверждает ключевую роль сосудов в нормальной физиологии и патологии слюнных желез, что делает их важным объектом для фундаментальных и клинических исследований.

Литература

1. Афанасьев, В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012. - 290с.
2. Вавилова Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. - 208с.
3. Гемонов В.В., Цой Г.К., Миронов В.А., Качкачева С.С., Шишло В.К., Миронов А.А. //Кровообращение.-1988.-Т21.№2. -С.51-52.
4. Максимов, И.А. Артериальное кровоснабжение околоушной слюнной железы человека: диссертация... канд. мед. наук. - Москва, 1956.
5. Чернявский, В.И. Современный взгляд на анатомию околоушной слюнной железы. / Чернявский, В.И., Трутень, В.П., Абдувосибов, Х.А., Толстых, М.П. // Журнал анатомии и гистопатологии. - 2021; 10(4): 76-84. Doi: 10.18499/2225-7357-2021-10-4-76-84 URL: <https://anatomy.elpub.ru/jour/article/view/1432/795>.
6. Anatomy of arteries and veins of submandibular glands. Chinese Medical Journal 120(13):p 1179-1182, July 1, 2007. URL: https://journals.lww.com/cmj/fulltext/2007/07010/anatomy_of_arteries_and_veins_of_submandibular.13.aspx.
7. Major salivary Glands – Location, Ducts and Blood and Nerve Supply. March 12, 2013, by Dr.Chetan. URL: <https://www.drchetan.com/major-salivary-glands.html>.

Подготовка к первичной хейлопластике: оптимизация кормления новорожденных с двусторонней расщелиной губы и нёба

Вахонина М.А.¹

Студент

д.м.н., проф. Дудник О.В.¹; д.м.н., проф. Мамедов Ад.А.²

*¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)*

*Кафедра детской, профилактической стоматологии и ортодонтии
²Детская городская клиническая больница № 9 имени Г.М. Сперанского
г. Москва, Российская Федерация
m.a.vakhonina@gmail.com*

Актуальность. Расщелина губы и нёба (РГН) является одной из наиболее распространенных врожденных аномалий челюстно-лицевой области. По данным статистики на 500-1000 новорожденных приходится 1 ребенок с данным орофациальным дефектом. Развитие патологического процесса, приводящего к возникновению анатомического дефекта, происходит на ранних этапах эмбрионального развития. Полноценное питание является важнейшим аспектом, обеспечивающим рост и развитие новорожденного. Анатомический дефект у больных с расщелиной губы и неба приводит к функциональным нарушениям [1]. У новорожденного с РГН происходит, прежде всего, нарушение функции питания [2]. В связи с этим у новорожденных с данной аномалией часто отмечают дефицит массы тела, который обусловлен затруднением грудного вскармливания из-за широкого сообщения полости рта с полостью носа. Также, кормление сопровождается аспирацией, что в дальнейшем способствует патологическим изменениям двигательной функции мерцательного эпителия [3]. У детей, рожденных с данной патологией, наблюдается нарушение функций сосания, глотания и дыхания, носовая регургитация пищи, чрезмерное потребление воздуха, не осуществляется приемлемый уровень всасывания и сжатия, требуемый для искусственного или грудного вскармливания. Кормление через бутылочку с широкой соской и с помощью зонда не позволяет добиться нужного прироста в весе для возможности осуществления наркоза, необходимого на этапе проведения первичной хирургической операции [4]. Это является одной из неотложных проблем, которую необходимо решить в первые месяцы жизни. В связи с этим особое значение приобретает междисциплинарный подход в реабилитации данных пациентов с участием врачей-ортодонт, осуществляющих раннее ортодонтическое вмешательство перед хирургическим лечением с целью создания условий для получения питания в должном объеме с первых недель жизни.

Цель исследования – повысить эффективность хирургического лечения за счет предварительной ортодонтической коррекции положения межчелюстной кости у детей с двусторонней расщелиной губы и неба.

Материалы и методы. При выполнении исследования было проведено комплексное обследование 32 новорожденных с диагнозом- двусторонняя расщелина губы и неба с участием врача-неонатолога, врача-педиатра, врача-хирурга, врача-ортодонта, врача-анестезиолога и врача-оториноларинголога. Была выявлена необходимость первичной хейлопластики с предварительной ортодонтической подготовкой.

У всех 32 пациентов с двусторонней расщелиной губы и неба при первом обращении был проведен хирургический и ортодонтический протокол обследования. Также, было проведено снятие диагностических оттисков с верхней челюсти для изготовления индивидуальной оттисковой ложки, с помощью которой далее был снят повторный точный оттиск и изготовлена диагностическая модель. На основании точной диагностической модели был изготовлен ортодонтический пластинчатый obturator.

Через месяц была проведена первичная хейлопластика по методу Ад.А. Мамедова.

Результаты исследования. Клинические и биометрические данные у всех 32 пациентов (100%) показали восстановление функции кормления после изготовления и фиксации индивидуального obturator'a, а именно, у 30 пациентов (94%) осуществлялось полноценное грудное вскармливание, у 2 новорожденных (6%) - искусственное вскармливание с использованием бутылочки с анатомической соской. После проведения операции первичной хейлопластики по методу Ад.А. Мамедова у всех 32 пациентов (100%) наблюдалась нормализация соотношения межчелюстной кости и боковых фрагментов.

Выводы. Применение съемного индивидуального пластинчатого obturator'a позволяет нормализовать вскармливание у новорожденных, тем самым создавая условия для проведения первичной хейлоринопластики. Таким образом, междисциплинарный подход необходим для оптимальной реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

Литература

1. Междисциплинарная программа ранней реабилитации новорожденных с расщелиной губы и неба / А.А. Мамедов, Н.А. Геппе, А.Л. Скакодуб [и др.] // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2022. – № 1. – С. 71–75.
2. Опыт комплексного лечения детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба / Т.К. Супиев, А.А. Мамедов, Н.Г. Негаметзянов [и др.] // Стоматология. – 2014. – № 5. – С. 69–74.
3. Состояние среднего уха и слуховой функции у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в различные периоды детства / А.В. Богородицкая, М.Е. Сарафанова, Е.Ю. Радциг, А.Г. Притыко // Вестн. РГМУ. – 2015. – № 1. – С. 65–67.
4. Предхирургическая ортодонтическая помощь новорожденным с дефицитом массы тела / О.В. Дудник, Ад.А. Мамедов, Н.А. Геппе [и др.] // Вопр. практич. педиатрии. – 2021. – № 3. – С. 36–40. DOI: 10.20953/1817-7646-2021-1-36-40.

**Биопсия мягкотканых образований челюстно-лицевой области под контролем
ультразвука и дополненной реальности
Верещагина Е.А.**

Студент

к.м.н. Лысенко А.В., д.м.н., проф. Яременко А.И., к.м.н., доц. Петров Н.Л.
*Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего
Образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
vereshchaginabeta@gmail.com*

Актуальность. Радиомический анализ медицинских изображений относится к современному цифровому методу исследования, позволяющий проводить дифференциальную диагностику различных патологических процессов челюстно-лицевой области и оперативные вмешательства под навигацией с использованием дополненной реальности. [1, 2] Ультразвуковое исследование является одним из наиболее широко применяемых методов визуализации благодаря своей безопасности, информативности и доступности.

Цель исследования – создание модели совмещения ультразвукового изображения с областью вмешательства при проведении пункционной биопсии мягких тканей челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Обзор литературы; экспериментальное сравнительное исследование возможностей проведения пункционной биопсии на специально разработанном силиконовом фантоме размерами 120x150x100 мм³ с интегрированными в него алюминиевыми кубическими мишенями, подключенными к электрической цепи со светодиодом; ультразвуковой аппарат, очки дополненной реальности на базе гарнитуры hololens 2; размеры мишеней составили 2, 4, 6, 8 и 10 мм с глубиной залегания 1, 2, 3 и 4 см; при попадании пункционной иглой в мишень загорался светодиод; статистическое исследование полученных результатов эксперимента. В эксперименте приняли участие 3 хирурга со стажем более 15 лет и 3 ассистента со стажем менее 15 лет.

Результаты исследования. Первично биопсия проводилась без использования дополненной реальности, затем с применением системы дополненной реальности на базе гарнитуры hololens 2 по 6 попыток попадания в каждом из режимов. Были выполнены расчеты вероятности попадания для каждой мишени и каждого условия. При детализации результатов выяснилось, что наиболее существенный прирост точности наблюдается на глубине 3 и 4 см. На глубине 1 и 2 см средний процент попаданий увеличивался на 10,5% и 10,3%, в то время как на глубине 3 см средний процент попаданий увеличился на 18,9 %, а на глубине 4 см – на 24,1 %. Таким образом, точность попадания пункционной иглы в мишень при использовании дополненной реальности увеличивалась на 11,7 %.

Выводы: Выполнение пункционной биопсии мягкотканых образований челюстно-лицевой области под контролем ультразвукового и дополненной реальности способствует повышению точности попадания в зону интереса как для опытных хирургов со стажем от 15 лет, так и для ассистентов со стажем менее 15 лет в среднем на 11,7 %, по сравнению с традиционным методом.

Литература

1. Shao, L. Augmented reality navigation with real-time tracking for facial repair surgery / L. Shao, T. Fu, Z. Zhao [et al.] // Int J Comput Assist Radiol Surg. – 2022. – Т. 17, №6. – С. 981–991.

2. Yao, J. Augmented Reality Technology Could Be an Alternative Method to Treat Craniomaxillofacial Foreign Bodies: A Comparative Study Between Augmented Reality Technology and Navigation Technology / J. Yao, Z. Wei, S. Zhou [et al.] // J Oral Maxillofac Surg. – 2020. – T. 78, №4. – C. 578–587.

**Восстановление эффективности жевания при посттравматических дефектах
зубных рядов в военно-медицинских организациях**
Вишневецкая В.А.

Аспирант

к.м.н., доцент Багненко А.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Vishnevika@yandex.ru

Организация оказания стоматологической помощи на фоне неуклонного роста стоматологической заболеваемости остается актуальной проблемой медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации. Одной из составляющих задач на протяжении всех этапов становления и развития военной стоматологии являлась организация оказания медицинской помощи раненым и больным, и, в частности, лицам с заболеваниями челюстно-лицевой области [1].

Посттравматические повреждения зубов (ППЗ) признаны проблемой общественного стоматологического здоровья во всем мире. Существует мало исследований, сообщающих о распространенности ППЗ. В существующих публикациях их распространенность колеблется в широких пределах от 6% до 59%; частота от 1 до 44 новых случаев на 1000 человек в год (до 4,5% населения) [2]. При этом, если в мирное время травма челюстно-лицевой области составляет в среднем 3% от общего количества больных травматологического профиля, то в период военных конфликтов этот показатель составляет 7-9%, а по некоторым литературным источникам до 34% от числа всех ранений [3].

Методологическим источником вариабельности между исследованиями является способ классификации стоматологических травм. ППЗ может варьироваться по степени тяжести – от простого перелома эмали, который является наиболее распространенным, до множественных травм, затрагивающих как мягкие, так и твердые ткани, и даже может привести к полному отрыву зуба. Существует более 50 систем классификации для ППЗ, которые имеют различия в определении, области применения и критериях включения. Обобщенные данные классификаций указывают на то, что травмы зубов можно разделить на 8 типов переломов и 6 типов вывихов. Не являются редкостью сочетанные травмы, при которых происходят как вывих, так и перелом. Таким образом, существует 48 комбинаций, которые следует рассматривать как отдельные ситуации заживления. Сложность еще больше увеличивается за счет того, что травмы молочных и постоянных зубов следует рассматривать как отдельные типы; это приводит к 96 отдельным травматическим событиям [4].

В современных условиях в военно-медицинских организациях проходит лечение значительное количество пациентов с ППЗ, которые в большинстве случаев являются следствием травм и сочетаются с дефектами челюстей, что требует применения различных методик костной пластики [5].

Травматическое повреждение постоянных зубов может привести к длительным косметическим и функциональным проблемам, включая посттравматическое нарушение эффективности жевания, что является определяющим фактором при выборе вида пищи. В связи с этим ТДЗ и, как следствие, ухудшение жевательной функции негативно влияют на восприятие качества жизни, связанного со здоровьем полости рта [6].

В доступной литературе отсутствуют актуальные данные как о частоте и структуре ППЗ, так и о снижении эффективности жевания у пациентов, проходящих лечение в военно-медицинских организациях МО РФ. В связи с этим планируется проведение исследования, направленного на выявление частоты встречаемости посттравматических дефектов зубных рядов в военно-медицинских организациях,

разработку актуальной классификации посттравматических дефектов зубных рядов, исследование снижения эффективности жевания у пациентов с посттравматическими дефектами зубных рядов, разработку научно обоснованного алгоритма восстановления эффективности жевания при посттравматических дефектах зубных рядов в военно-медицинских организациях с последующей оценкой его эффективности.

Литература

1. Тазин, И.Д. Травмы челюстно-лицевой области мирного и военного времени: учебное пособие / И.Д. Тазин, А.С. Котов, В.В. Кравченко. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2024. – 129 с.
2. Arraj G.P. The association of overjet size and traumatic dental injuries-A systematic review and metaanalysis / G.P. Arraj, G. Rossi Fedele, E.J. Dogramaci // Dental traumatology. – 2019. – Vol. 35, Is. 4-5. P. 217-232. DOI: 10.1111/edt.12481.
3. Bastone E.B. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. / E.B. Bastone, T.J. Freer, J.R. McNamara // Aust Dent J. – 2000. – Vol. 45, № 1. – P. 2-9. DOI: 10.1111/j.1834-7819.2000.tb00234.x.
4. Gómez R.E. Facial fractures: classification and highlights for a useful report / R.E. Gómez, A.M. Granado, G.M. Artajona, et al. // Insights Imaging. – 2020. – Vol. 19, № 11 (1). – 49 p. DOI: 10.1186/s13244-020-00847-w.
5. Шнитко, С.Н. Актуальные проблемы военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного и военного времени / С.Н. Шнитко, В.Г. Богдан // Военная медицина. – 2018. – № 3. – С. 153-157.
6. Козлов, В.А. Стоматология / В.А. Козлов– Санкт-Петербург.: СпецЛит, 2017. – 511с. ISBN978-5-299-00767-1.

Оценка изменения альвеолярного гребня при проведении аутоотрансплантации третьих моляров в сравнении с одномоментной дентальной имплантацией

Воронов К.Р.

Аспирант

к.м.н., доцент Ашурко И.П.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)*

*Кафедра хирургической стоматологии
Института стоматологии им. Е.В.Боровского
г. Москва, Российская Федерация
vork.02@ya.ru*

Актуальность. Одномоментная дентальная имплантация считается эффективным методом для восстановления дефектов зубных рядов в кратчайшие сроки, обеспечивающим долгосрочную выживаемость дентальных имплантатов [1]. Однако некоторые ограничения данного метода, такие как несовместимость с ортодонтическим лечением и невозможность установки дентальных имплантатов у детей и подростков, могут приводить к поиску альтернативных методов восстановления целостности зубных рядов [2]. Одним из таких перспективных методов является аутоотрансплантация зубов [3].

Цель исследования – анализ изменений альвеолярного гребня при проведении аутоотрансплантации третьего моляра в лунку удаленного зуба в сравнении с одномоментной дентальной имплантацией.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе кафедры хирургической стоматологии Института стоматологии им. Е.В.Боровского Первого МГМУ им.И.М.Сеченова. В настоящее исследование вошли 30 пациентов (15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 19 до 52 лет) с зубами, подлежащими удалению. Все пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от метода проведения операции.

1 группа – Аутоотрансплантация третьего моляра;

2 группа – Одномоментная дентальная имплантация.

Исследование проводилось с соблюдением этических принципов, с добровольным информированным согласием пациентов. Данные исследования были одобрены этическим комитетом Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Первичной конечной точкой в исследовании являлась величина изменения альвеолярного гребня с вестибулярной и оральной поверхности через 3 месяца после проведения аутоотрансплантации и одномоментной дентальной имплантации при помощи цифровой профилометрии. Вторичной конечной точкой являлась величина изменения альвеолярного гребня с вестибулярной и оральной поверхности через 6 месяцев после проведения аутоотрансплантации и одномоментной дентальной имплантации при помощи цифровой профилометрии.

Результаты исследования. Изменение альвеолярного гребня с вестибулярной поверхности через 3 месяца после операции статистически значимо различалось у пациентов 1 и 2 группы исследования ($p < 0,001$) и составило $-0,48 (\pm 0,55)$ мм и $-2,03 (\pm 1,03)$ мм соответственно. С оральной поверхности через 3 месяца после операции показатели составили $-0,54 (\pm 0,58)$ мм и $-1,09 (\pm 0,57)$ мм у пациентов 1-й и 2-й группы соответственно ($p < 0,001$). Через 6 месяцев после операции изменение альвеолярного гребня с вестибулярной стороны статистически значимо различалось у пациентов 1 и 2 группы исследования ($p < 0,001$) и составило $-0,45 (\pm 0,58)$ мм и $-2,56 (\pm 1,18)$ мм соответственно. С оральной стороны через 6 месяцев после операции также статистически значимо различалось у пациентов 1 и 2 группы исследования ($p < 0,001$) и составило $-0,61 (\pm 0,62)$ мм и $-1,37 (\pm 0,56)$ мм соответственно.

Выводы: Аутотрансплантация третьих моляров характеризуется меньшим изменением альвеолярного гребня по сравнению с одномоментной дентальной имплантацией на ранних этапах послеоперационного периода.

Литература

1. Long-term (10-year) dental implant survival: a systematic review and sensitivity meta-analysis / M.S. Howe, W. Keys, D. Richards // J. Dent. – 2019. – Vol. 84. – P. 9–21.
2. Autotransplantation in combination with orthodontic treatment / R. Hariri, E. Alzoubi // J. Orthod. Sci. – 2019. – Vol. 8, N 1. – P. 1–6.
3. Clinical procedures and outcome of surgical extrusion, intentional replantation and tooth autotransplantation – a narrative review / G. Plotino, F. Abella Sans, M.S. Duggal [et al.] // Int. Endod. J. – 2020. – Vol. 53, N 12. – P. 1636–1652.

Применение индивидуальных пластин для остеосинтеза при коррекции скелетных форм зубочелюстных аномалий

Гурьянов Р.А., Карачунский Г.М.

Аспирант, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии

д.м.н., доцент Сипкин А.М.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и госпитальной хирургической стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

robert.gurianov@gmail.com

Актуальность. Развитие цифровых технологий и методов аддитивного производства в медицине позволяет не только проводить виртуальное хирургическое планирование ортогнатических операций, но и использовать индивидуальные хирургические шаблоны или сплинты для увеличения точности запланированных костных перемещений [1]. Индивидуальные пластины для остеосинтеза представляют собой перспективный метод фиксации костных фрагментов, применяемый в ортогнатической хирургии для коррекции скелетных зубочелюстных аномалий [2]. Кроме того, индивидуальные пластины могут быть использованы для сложных случаев коррекции, требующих сложных пространственных перемещений костных фрагментов [3].

Материалы и методы. Планирование хирургического вмешательства проводится на основании данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), компьютерной томографии (КТ), данных трехмерного сканирования лица и внутриротового дентального сканирования, а также сканов финальной окклюзии. После регистрации моделей проводятся виртуальные остеотомии и перемещение костных фрагментов. После подготовки и утверждения плана операции, трехмерные модели в формате STL-файлов выгружаются и передаются в программное обеспечение САПР для моделирования индивидуальных пластин. В ходе хирургической операции сначала используются назубные шаблоны для предварительного засверливания отверстий для будущих винтов, затем выполняются распилы костных структур, и только после этого устанавливаются индивидуальные пластины. Изготовление пластин может осуществляться из сплава титана или полимерного материала РЕЕК, в зависимости от клинической ситуации и предпочтений хирурга. Проанализированы результаты ортогнатических операций 20 пациентов в возрасте от 19 до 45 лет с применением индивидуальных хирургических пластин, проводилось сравнение данных контрольных компьютерных томографий с предоперационным планированием.

Результаты исследования. Использование индивидуальных пластин позволяет обеспечивать точность костных перемещений в пределах 0,3 – 1,5 мм, что позволяет с высокой точностью реализовать запланированные костные перемещения. В сравнительном анализе выявляется более высокая предсказуемость послеоперационных результатов по сравнению со стандартной хирургией с использованием хирургических сплинтов [4].

Выводы. Применение индивидуальных пластин для остеосинтеза в ортогнатической хирургии обеспечивает высокую точность костных перемещений, улучшает стабильность результатов и снижает риски интраоперационных осложнений. Внедрение данных технологий требует дальнейшего совершенствования стандартов проектирования и производства индивидуальных конструкций, а также оценки их долгосрочной эффективности.

Литература

1. Heufelder M. Clinical accuracy of waferless maxillary positioning using customized surgical guides and patient specific osteosynthesis in bimaxillary orthognathic surgery M. Heufelder et al. // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Churchill Livingstone. – 2017. – Vol. 45, № 9. P. 1578-1585. DOI: 10.1016/j.jcms.2017.06.027.
2. Li D.T.S. Patient-Specific Implants in Orthognathic Surgery / D.T.S. Li, Y.Y. Leung // Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. W.B. Saunders. – 2023. – Vol. 35, № 1. – P. 61-69.
3. Arcas A. Advantages of using custom guides and plates in mandibular chin wing osteotomies: A 3-case series / A. Arcas et al. // Advances in Oral and Maxillofacial Surgery. Elsevier BV. – 2022. – Vol. 8. – P. 100317
4. Karanxha L. Accuracy of splint vs splintless technique for virtually planned orthognathic surgery: A voxel-based three-dimensional analysis / L. Karanxha et al. // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Churchill Livingstone. – 2021. – Vol. 49, № 1. – P. 8-1.

Применение цифровой аксиографии в планировании дентальной имплантации при нефиксированном прикусе

Дегтярев Н.Е., Казарян Г.Г.

Аспирант, аспирант

д.м.н., профессор Мураев А.А.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

nikita@spartak.ru

Актуальность. Развитие цифровых технологий в стоматологии в последние годы значительно повысило точность планирования и проведения дентальной имплантации [1]. Особую сложность представляет реабилитация пациентов с множественным отсутствием зубов, нарушениями окклюзии и нефиксированным прикусом, когда невозможно достоверно зарегистрировать в цифровом формате центральное соотношение челюстей без дополнительных диагностических методов [2]. В таких клинических ситуациях традиционные подходы к планированию имплантации могут привести к смещению нагрузки, нарушению биомеханики системы «имплантат–протез–челюсть», и, как следствие, к осложнениям — от перегрузки имплантатов до дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [3,4].

С целью минимизации подобных рисков в клиническую практику внедряются методы функционального анализа, в том числе цифровая оптическая аксиография, обеспечивающая объективную регистрацию и воспроизведение движений нижней челюсти. Полученные данные могут быть интегрированы в системы цифрового моделирования и использованы для позиционирования имплантатов с учетом индивидуальных особенностей пациента. Совмещение цифрового планирования дентальной имплантации и аксиографии открывает путь к формированию нового уровня индивидуализированного подхода в реабилитации пациента [5].

Цель исследования – оценить клиническую эффективность интеграции аксиографических данных в процесс цифрового планирования дентальной имплантации у пациента с нефиксированным прикусом.

Материалы и методы. Пациент, А. 48 лет, обратился с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней челюсти. На подготовительном этапе выполнено внутриротовое сканирование, получены STL-модели челюстей и bite-скан. На их основе были смоделированы аксиографические шаблоны и модифицированная вилка аксиографа. Положение челюстей перепроверялось по основанию готической стрелы с использованием принципа гнатометра. Полученные треки аксиографии использовались для определения центрального соотношения. Далее проводилось КЛКТ с установленными шаблонами, содержащими рентгеноконтрастные метки. Эти данные позволили соотнести сканы с КТ и точно сориентировать верхнюю челюсть в пространстве. В программе P-Art определено оптимальное положение мышечков с загруженными в начальном соотношении цифровыми сканами челюстей. На основе полученных данных в Exocad спроектирован зубной ряд, после чего в RealGuide выполнено виртуальное планирование имплантатов и моделирование хирургического шаблона. Имплантация проведена с использованием шаблона по безлоскутной методике. После установки имплантатов были установлены скан-маркеры и шаблон для цифрового переноса прикуса, выполнено сканирование для изготовления и установки временной конструкции на 2 сутки после операции.

Результаты исследования. С помощью аксиографии удалось определить центральное соотношение челюстей с учетом индивидуальных особенностей строения суставного комплекса. На основе полученных данных было выполнено точное цифровое планирование и моделирование хирургических шаблонов. Установка имплантатов

проведена без отклонений от виртуального плана. Временная ортопедическая конструкция установлена на вторые сутки и обеспечила стабильный прикус в найденном соотношении. Послеоперационный период прошёл без осложнений и признаков дисфункции ВНЧС.

Выводы. Интеграция аксиографии в цифровой протокол дентальной имплантации у пациентов с нефиксированным прикусом, обеспечивает функциональную адаптацию протезной конструкции и снижает риски осложнений. Применение данной методики позволяет индивидуализировать лечение и повысить его клиническую эффективность на всех этапах реабилитации.

Литература

1. Recent advances in digital technology in implant dentistry / J. Wang, B. Wang, Y.Y. Liu [et al.] // J. Dent. Res. – 2024. – Vol. 103, № 8. – P. 787–799.
2. Multidisciplinary approach for full-mouth rehabilitation of an adult patient with collapsed occlusal plane and several missing teeth: a clinical report / J. Cheong, Y.S. Hwang, B.Y. Jung // J. Prosthodont. – 2019. – Vol. 28, № 3. – P. 227–233.
3. Temporomandibular joint disorders among implant patients in relation to bite force / R.A.H. Ali, B.S. Diab, F.D. Alaswad // Med. J. Babylon. – 2023. – Vol. 20, № 1. – P. 48–53.
4. Temporomandibular joint and complications in the dental implant: a systematic review / T.A. Idalgo, A.A.S. Neto, F.A. Idalgo [et al.] // MedNEXT J. Med. Health Sci. – 2023. – Vol. 4, № S2.
5. Апресян С.В. Цифровое планирование ортопедического стоматологического лечения // Рос. стоматол. журн. – 2019. – Т. 23, № 3–4. – С. 158–164.

Короткая уздечка языка в повседневной практике стоматолога-хирурга

Дышекова С.А.

Соискатель

д.м.н., профессор Козлова М.В.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента РФ

Кафедра стоматологии

г. Москва, Россия Федерация

kafedra.cgma@mail.ru

Актуальность. Короткая уздечка языка — врождённая патология, характеризующаяся укорочением языка.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что короткая уздечка - одна из самых распространённых патологий полости рта. Частота встречаемости, по данным литературы, у новорожденных и в детском возрасте от 4 до 32% [1]. Такой большой разброс статистических данных связан с отсутствием единых диагностических критериев, их нечёткостью и различными принципами классификации.

При недостаточной длине уздечки языка его двигательные функции могут работать некорректно, что может стать причиной ряда заболеваний и осложнений на протяжении всей жизни человека. Так, у новорождённых это может проявляться в затруднённом наборе веса, в следствии нарушений функции сосания, глотания и лакания. В возрасте от 3 до 6 лет, исследуемая патология препятствует корректному произношению различных звуков («ф», «л» и др.). По имеющимся данным, в период смены прикуса (с 6 до 12 лет) короткая уздечка языка может стать причиной изменения формы зубной дуги нижней челюсти в сагитальном направлении, а также началом манифестации открытого, дистального, мезиального прикуса [2,3,4,6]. После 30 лет данная патология способствует развитию и обострению локального пародонтита в области фронтальных зубов нижней челюсти и появлению рецессий десны с оральной стороны [7].

Помимо этого, короткая уздечка языка является, по мнению российских и зарубежных авторов, причиной частых тонзиллитов и аденоидитов [6]. Это связано с тем, что при недостаточной длине уздечки происходит стойкое формирование ротового типа дыхания, что приводит к вынужденному патологическому положению языка в полости рта, а также к апноэ.

Цель исследования — провести сравнительный анализ существующих на сегодняшний день диагностических критериев, видов и показаний к хирургическому лечению короткой уздечки языка.

Материалы и методы. Проанализирована литература по данной патологии за последние 10 лет. Критерием выбора служило использование методов оценки линейных размеров уздечки языка с помощью измерительных приборов. Выявлено, что существуют объективные способы определения длины и ширины уздечки языка. Устройство для измерения длины мобильной части уздечки языка, предложенное в 2016г. Ли Т. В. и соавторами, позволяет определить линейные размеры уздечки от выводных протоков слюнных желёз до апикальной точки прикрепления.

Известен измеритель фирмы «Suvogov», представляющий собой медицинский штангенциркуль с измерительной шкалой от 0 до 20 мм.

Оба эти устройства сложно разместить в полости рта и определить точный размер уздечки языка, что связано с необходимостью одновременно удерживать язык и измеритель. Также, в настоящий момент оба измерительных устройства невозможно приобрести в свободной продаже.

На сегодняшний день существует множество хирургических методов коррекции короткой уздечки языка:

- френулотомия — это рассечение уздечки языка с помощью острого инструмента или лазера (диодного, эрбиевого, СО₂-лазера и др.);
- френулэктомия — иссечение самого фиброзного тяжа уздечки языка;
- «Z»-пластика — увеличение длины мобильной части языка за счёт перемещения треугольных лоскутов;

Все вышеуказанные методы направлены на увеличение мобильной части языка за счёт работы в слизистой и подслизистой слоях.

Однако, в 2021 г., Горячкиной Ю.А. был запатентован новый метод хирургического пособия - миофренулопластика — иссечение срединного тяжа и частичная «Z»-пластика в срединной трети языка с рассечением коротких мышечных пучков.

К сожалению, чётких показаний к выбору того или иного метода хирургической коррекции не существует, что провоцирует большое количество осложнений. В 44% всех проводимых оперативных вмешательств не приводят к адекватной мобильности языка. До 5% провоцируют рецидив, в 3% случаев после проведённой манипуляции хирург сталкивается с грубыми рубцами [5].

Выводы. В связи с перечисленными сложностями врачи стоматологи-хирурги и ортодонты продолжают применять методы оценки уздечки языка, основанные на визуальных и субъективных способах диагностики. При этом выбор тактики оперативного лечения основывается исключительно на личных предпочтениях и опыте хирурга-стоматолога.

Литература

1. Топольницкий, О.З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстнолицевой хирургии / О.З. Топольницкий, А.Ю. Васильев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 264 с.
2. Янушевич, О.О. Детская стоматология: учебник / О.О. Янушевич, Л.П. Кисельникова, О. Топольницкий. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – С. 538–544.
3. Персин, Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. – М.: Медицина, 2003. – 639 с.
4. Котляр, Н.А. Определение взаимосвязи патологии прикуса и короткой уздечки языка / Н.А. Котляр, А.О. Гегамян // Scientist (Russia). – 2023. – № 3 (25). – С. 179–182.
5. Фоменко, И.В. Анализ показаний и результатов хирургического лечения анкилоглоссии у детей / И.В. Фоменко, Ю.О. Кроман, А.Л. Касаткина [и др.] // Вестник ВолГМУ. – 2020. – № 2 (74).
6. Messner, A.H. The effect of ankyloglossia on speech in children / A.H. Messner, M.L. Lalakea // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 127, No. 6. – P. 539–545.
7. Segal, L.M. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad / L.M. Segal, R. Stephenson, M. Dawes, P. Feldman // Canadian Family Physician. – 2007. – Vol. 53, No. 6. – P. 1027–1033

Частота применения методик сохраняющих зуб операций на амбулаторном приеме стоматолога-хирурга

Закриев А.Р.

Студент

д.м.н., профессор Походенько-Чудакова И.О.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургической стоматологии

г. Минск, Республика Беларусь

surgstom@bsmu.by

Актуальность. Одной из приоритетных задач современной стоматологии является сохранение функционально пригодных зубов пациента [2,5]. Выполнение по медицинским показаниям зубосохраняющих операций (резекция верхушки корня зуба, гемисекция, коронаро-радикулярная сепарация, ампутация корня зуба) позволяет сохранить и продлить срок службы функциональной единицы зубного ряда, и как следствие, отсрочить необходимость протезирования [1,3].

С увеличением продолжительности жизни и повышенным требованием пациентов к эстетике и комфорту, возрастает и значение органосохраняющих подходов. Однако несмотря на клиническую значимость зубосохраняющих операций, частота и структура показаний к их применению на амбулаторном приёме остаются недостаточно изученными. Анализ частоты и обоснованности показаний к зубосохраняющим операциям в амбулаторных условиях позволяет повысить эффективность лечения и сократить число фактов преждевременного удаления зубов.

Цель исследования – оценить клиническую обоснованность и частоту показаний зубосохраняющих операций на амбулаторном стоматологическом приёме на основе данных амбулаторных медицинских стоматологических карт пациентов.

Материалы и методы. На амбулаторных клинических базах г. Минска и г. Витебска было проведено ретроспективное исследование амбулаторных карт 100 пациентов в возрасте от 21 до 75 лет.

В исследование были включены пациенты с установленным и верифицированным диагнозом хронический апикальный периодонтит (по МКБ-10 – K04.5), корневая киста (по МКБ-10 – K04.8).

Показания и противопоказания к проведению к зубосохраняющих операций и удаление зубов определяли на основании данных специальной литературы [1]. Полученные данные подвергались статистической обработке.

Результаты исследования. Детальный анализ первичной медицинской документации пациентов показал следующее. В жевательной группе зубов выполнено 67 операций удаления зуба, из них: 59,7% (40) – удаление признано обоснованным, 40,3% (27) – удаление выполнено необоснованно по причине наличия показаний к проведению зубосохраняющей операции. Во фронтальной группе зубов выполнено 33 операции удаления зуба, из них: 60,6% (20) – выполнено обоснованно, 39,4% (13) – необоснованно.

На основании полученных результатов очевидно, что высокая доля необоснованных удалений в обеих группах (в среднем 40,0%) свидетельствуют о неполноценном использовании возможностей зубосохраняющего лечения.

В тоже время известно, что одним из приоритетных направлений хирургического лечения деструктивных форм хронического периодонтита является принцип минимальной инвазии и сохранения зуба, что согласуется с данными В.А. Семкина и соавт. (2019) и J. Conrad et al. (2020) [3,4].

Выводы. Полученные результаты убеждают в необходимости дальнейшего совершенствования методов диагностики и лечения пациентов с патологией

периапикальных тканей, а также побуждают к более широкому внедрению методик зубосохраняющих оперативных вмешательств.

Литература

1. Забелин, А.С. Хронический периапикальный очаг инфекции. Известные и новые методы диагностики и лечения: монография / А.С. Забелин, И.О. Походенько-Чудакова, Е.В. Шотт. – Минск: Изд. центр БГУ, 2025. – 215 с.
2. Особенности хронических периодонтитов, осложненных фуркационными дефектами. Обзор литературы / З.С. Хабадзе [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2022. – Т. 18, № 3. – С. 57–64. DOI: 10.8481/2077-7566-2022-18-3-57-64.
3. Эффективность зубосохраняющих операций при различных формах воспалительно-деструктивных процессов в области моляров нижней челюсти / В. А. Семкин [и др.] // Стоматология. – 2019. – Т. 98, № 2. – С. 60–63. DOI: 10.17116/stomat20199802160
4. German dentists' preferences for the treatment of apical periodontitis: a cross-sectional survey / J. Conrad [et al.] // Int. J. Environ Res. Public Health. – 2020. – Vol. 17, N 20. – P.7447. DOI: 10.3390/ijerph17207447
5. Treatment of severe chronic periodontitis with surgical and prosthetic intervention: a 9-year follow-up case report / A. Makino-Oi [et al.] // Bull. Tokyo Dent. Coll. – 2017. – Vol. 58, N 4. – P. 237–246. DOI: 10.2209/tdcpublication.2016-0043

Распространенность переломов костей и повреждений зубов в челюстно-лицевой области

Ильясова С.Т.¹, Ахмедов К.Г.²

Ассистент кафедры

д.м.н., профессор Ахмедов Г.Д.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Минздрава России

г. Махачкала, РД, Российская Федерация

кафедра хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии с

усовершенствованием врачей

²*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»*

Минздрава России

г. Москва, Российская Федерация

Кафедра хирургической стоматологии

Sultana2011@yandex.ru

Актуальность. Травмы челюстно-лицевой области часто встречаются в практике челюстно-лицевых хирургов и обусловлены разными факторами, включая ДТП, спорт, криминал, быт и военные действия. Распространенность переломов костей лицевого скелета зависит от географии, социально-экономического статуса, уровня травматизма и других условий [2]. Переломы костей челюстно-лицевой области чаще встречаются у жителей крупных городов из-за динамичного образа жизни, психологического напряжения, конкуренции, переутомления и недостатка отдыха [1,4]. Важны профилактические мероприятия, повышение осведомленности о безопасности и улучшение городской среды, включая безопасность дорожного движения и психологическую поддержку населения [3].

Цель исследования – определение частоты локализации травм челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Проведена выборка данных из 2463 амбулаторных карт пациентов, обратившихся в ГБУ РД им. А.В. Вишневого, г. Махачкала, Республика Дагестан и в клинику «Центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Российского университета медицины, с различными повреждениями челюстно-лицевой области. При постановке диагноза использовалась Международная классификация болезней (МКБ-10, 1995, код S.00-04). Все данные, касающиеся оказания первой помощи и проведения хирургических вмешательств, включая иммобилизацию костных отломков и наложение швов на мягкие ткани, были внесены в электронную таблицу Excel. Произведен расчет процентного соотношения от общего объема данных и применен комплекс методов статистической обработки.

Результаты исследования. Согласно полученным статистическим данным, повреждения костной ткани и окружающих мягких тканей челюстей составляют 68% от общего числа травм данной области. Второе место по распространенности занимают поверхностные повреждения губы и полости рта (s00.05), их доля составляет 28,4%. На третьей позиции находится открытая рана губы и полости рта (s01.5) с показателем 27,2%. Наиболее часто встречающимся видом травмы челюстей является перелом альвеолярного отростка нижней челюсти (s02.60), который составляет 33,5% от общего количества травм. Переломы альвеолярного отростка верхней челюсти (s02.40) составляют 4,8%, а переломы тела нижней челюсти – 4,5%. В случаях переломов челюстей преобладали повреждения зубов. В большинстве случаев (45%) повреждения затрагивали один зуб, у 40% пациентов отмечалось повреждение нескольких зубов, а у 15% пациентов повреждения распространялись на окружающие ткани. В соответствии с диагнозом по МКБ-10, у более половины обследованных (53%) был диагностирован вывих зуба, а переломы ограничивались только эмалью у 29% пациентов. В 10% случаев

наблюдался перелом коронки зуба без повреждения пульпы, а в 8% случаев пульпа была повреждена. Анализ травмированных зубов по сторонам показал, что 49,7% зубов повреждены справа, а 50,3% – слева, что указывает на равномерное распределение повреждений по обеим сторонам челюсти. Однако наибольшее количество поврежденных зубов (87,8%) было обнаружено на верхней челюсти, что в 7,2 раза превышает количество повреждений на нижней челюсти (12,2%). Большинство повреждений зубов было локализовано в переднем отделе верхней челюсти (86,3%), в то время как на нижней челюсти только 6,5% зубов были повреждены. Наиболее часто повреждались центральные резцы верхней (76,1%) и нижней (5,2%) челюсти. Зубы жевательной группы на нижней челюсти (3,1%) повреждались чаще, чем на верхней (1,5%).

Выводы. Переломы альвеолярного отростка нижней челюсти являются наиболее распространенным видом травм челюстно-лицевой области, составляя более трети от общего числа. При переломах верхней челюсти наибольший ущерб обычно приходится на зубы во фронтальном участке, а при переломах нижней челюсти основные повреждения затрагивают зубы жевательной группы.

Литература

1. Бельченко, В.А. Маршрутизация пациентов с челюстно-лицевой патологией в условиях мегаполиса: вызовы и решения / В.А. Бельченко, И.В. Чантырь // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3. – № 3. – С. 46–57.
2. Ешиев, А.М. Анализ историй болезни больных с переломами нижней челюсти и ортопедическим методом лечения, получившие стационарное лечение в разных клиниках, по данным архива / А.М. Ешиев, А.А. Эшматов, А.О. Абдумомунов // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – Т. 74, №. 1. – С. 51-58.
3. Крохмаль, С.В. Челюстно-лицевая травма как мировая проблема/ С.В. Крохмаль и др. // Врач. – 2020. – Т. 31(10). – С. 22–25.
4. Левенец, А.А. Челюстно-лицевой травматизм как социальная, экономическая и медицинская проблема /А.А. Левенец, Н.А. Горбач, Н.Н. Фокас // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №2 (80). – С.13-18.

Современный подход к лечению доброкачественных новообразований десны

Колонина Е.А.

Аспирант

к.м.н., профессор Рунова Г.С.

ФГБОУ ВО "Российский Университет Медицины" Минздрава России

Кафедра пропедевтики терапевтической стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

losevakate9@yandex.ru

Актуальность. В развитии современной пародонтологии отслеживается тенденция к переходу на более малоинвазивные методы лечения заболеваний пародонта, что позволяет предотвратить возможные осложнения и рецидивы заболеваний. Значительное увеличение случаев доброкачественных новообразований десны требует дальнейших более эффективных методов лечения с разработкой необходимых косметических подходов. Так как во время удаления объёмных новообразований появляются дефекты в области корней и межзубных промежутках, что не удовлетворяет пациентов.

Доброкачественные новообразования десны представляют собой значимую группу заболеваний, которые требуют тщательного подхода в диагностике и выбора метода лечения от врачей пародонтологов и хирургов. Данные образования, представляющие собой различные опухоли или опухолеподобные поражения в тканях десны, не представляют угрозы для жизни пациентов, однако могут вызывать дискомфорт, эстетическую неудовлетворенность, нарушать индивидуальную гигиену полости рта.

Цель исследования – анализ современных методов удаления доброкачественных новообразований десны, включая как традиционные хирургические подходы, так и новые технологии.

Приводя классификацию опухолей и опухолеподобных заболеваний десны, можно выделить два вида опухолей: фиброма мягких тканей и фиброматоз десен. И виды опухолеподобных поражений: эпulis фиброматозный, эпulis ангиоматозный, гигантоклеточная гранулема, гранулема беременных. Этиологическими факторами являются хроническая травма инородными предметами, неправильная индивидуальная гигиена полости рта, нависающие края пломб, несостоятельные ортопедические конструкции, а также аномалии положения зубов, аномалии развития челюстей, гормональные нарушения.

Классические методы хирургического лечения доброкачественных образований основываются на методе иссечения доброкачественных образований, при этом необходимостью является удаление вместе с основанием - ножкой, глубоко уходящей в альвеолярный отросток [1]. Радикальность операции и сохранение зубов в зоне доброкачественных образований зависит от степени тяжести и протяженности поражения. По данным литературы, при возникновении рецидива, С.Н. Вайсблат рекомендовал удалять эпulis вместе с альвеолярным отростком. При первичном хирургическом вмешательстве он допускал вылущивание эпулеса с сохранением зубов и альвеолярного отростка.

М.Б. Фабрикант предлагал прижигать операционное поле гальванокаутером (при фиброзной форме эпулеса). В противоположность этим экономным и полурадикальным операциям существуют и другие методики, смысл которых сводится к радикальному удалению опухоли вместе со всей пораженной частью альвеолярного отростка и включенными в нее зубами [2].

По мнению Е.Е. Платонова резекция альвеолярного отростка и удаление зубов, расположенных в зоне ножки эпулеса не обязательны; для профилактики рецидива он рекомендовал производить (после удаления опухоли с основанием ее) обработку

операционного поля 80% этиловым спиртом [2].

Изучение современных данных при работе с лазерными технологиями не только с десной, но и доброкачественными образованиями мягких тканей полости рта, описываются в исследованиях С.С. Абакаровой. Лазерные технологии являются эффективным методом профилактики инфекционных осложнений, обеспечивают высокий уровень санации операционного поля, стабилизируют уровень микробной обсеменённости представителями резидентной флоры в послеоперационной ране и способствуют ее быстрой регенерации. Исследования показывают преимущество лазерных технологий: отсутствием кровотечения (сухое операционное поле) и послеоперационных болей, грубых рубцов, сокращением сроков продолжительности операции и послеоперационного периода регенерации раны [3].

Выводы. Однако, не смотря на внедрение новых технологий, требующих дополнительного оснащения, а от практикующих врачей дополнительного обучения и немалой практики при работе с данной аппаратурой, актуальным и по сей день остается традиционный способ хирургического лечения, включающий полное иссечение поражения и тщательного выскабливания области из-за пораженных нижележащих клеток периоста и периодонтальной связки, для предотвращения рецидива [4]. Тем не менее, работа со скальпелем дает возможность одномоментного закрытия дефекта непосредственно после объёмной потери пораженной ткани, для предотвращения утраты особо важных структур пародонта.

Литература

1. Усачев, Е.С. Прогнозирование динамики развития и объема оперативного вмешательства при доброкачественных одонтогенных образованиях эпителиального происхождения : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Е.С. Усачев. – Москва, 2014. – 132 с.
2. Гладилин, Д.Ю. Клинико-морфологические особенности эпюлисов у детей : дис. ... канд. мед. наук / Д.Ю. Гладилин. – Тверь, 2005. – 144 с.
Абакарова, С.С. Применение хирургических лазеров при лечении больных с доброкачественными новообразованиями мягких тканей рта и хроническими заболеваниями пародонта : дис. ... канд. мед. наук / С.С. Абакарова. – Москва, 2010. – 135 с.
3. Massive fibrous epulis — a case report of a 10-year-old lesion / G.M. Fonseca, R.M. Fonseca, M. Cantín // Int. J. Oral Sci. – 2013. – Vol. 6, N 3. – P. 182–184. DOI: 10.1038/ijos.2013.75.

Биосовместимость и функциональная нагрузка на имплантаты

Лазарев Ю.В.

Старший лаборант

д.м.н., профессор Сухарев М.Ф.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский Университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

prst10@bk.ru

Актуальность. В клинической практике всё больше набирает популярность протезирование пациентов с опорой на дентальные имплантаты [1,2,3]. С увеличением количества установленных имплантатов, становятся заметнее случаи несостоятельной интеграции [3,4]. Решение проблемы состоит в изучении биосовместимости внутрикостных имплантатов, которая является морфологическим динамическим процессом и включает первоначальное заживление окружающей костной ткани [5,6]. При этом происходят процессы контактного и дистантного остеогенеза на поверхности раздела имплантат/костная ткань на уровне компактного и губчатого слоёв, а также фиброзная соединительная ткань в участках, где изначально отсутствовал контакт поверхности имплантата с костной тканью [5,6,7]. В зависимости от вида остеогенеза продолжительность периода начального заживления может составлять от 4 до 6 недель, когда после этого периода времени при двухэтапной методике внедрение имплантатов возможно их применение для функциональной нагрузки. Адаптация окружающей имплантат костной ткани при включении его в раннюю функциональную жевательную нагрузку продолжается до 4-6 месяцев [1,4,7]. В этот период проводят фиксацию на имплантатах и зубах временных пластмассовых протезов, которые так же могут оказать влияние на процессы остеоинтеграции [3,7].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 14 пациентов в возрасте от 23 до 50 лет, которым было проведено внедрение 28 имплантатов. При обследовании больных использовали основные клинические и рентгенологические методы исследования (ОПТГ, КЛКТ). Результаты лечения оценивали на основании клинических наблюдений за больными в ближайшем послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Не останавливаясь на вопросах выбора тактики ведения хирургического этапа лечения, мы в обсуждении остановимся на ортопедическом этапе, связанным с функциональной нагрузкой. На основании нашего многолетнего опыта остановимся на вопросе применения функциональной нагрузки после проведения этапа имплантации. Окончательный выбор способа протезирования, конструкции зубного протеза и включения или исключения функциональной нагрузки нами определялась на основании факторов, которые напрямую связаны с объёмом и типом архитектоники в области имплантации. При увеличении нагрузки основным патологическим фактором является нарушение кровообращения и микроциркуляции в зоне нагрузки на имплантат, что приводит к последующей резорбции костной ткани. Уменьшение или снижение нагрузки связано с уменьшением объема микроциркуляторного русла и, соответственно, с появлением признаков атрофии кости и остеопороза. При этом трудно в клинической практике определить уровень функциональной нагрузки и напряжения костной ткани, которые являются физиологическими для структурных единиц кости: остеонов и трабекул. Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос, связанный с жевательной нагрузкой и временем её включения после периода заживления костной раны. В результате неадекватной структурной перестройки кости площадь оссеоинтегрированного контакта поверхности имплантата может значительно уменьшаться, может возникать воспаление в области имплантата, что может привести к его отторжению. Следует выделить на

период имплантации по двухэтапной методике 2-4 месяца для репаративной регенерации кости челюсти. Изготовление временных протезов в нашей клинической практике включало в следующий вариант, связанные с изготовлением временных пластмассовых полных съемных протезов при минимальном травмировании в слизистой оболочки. Возможен вариант протезирования с установкой временных одноэтапных неразборных имплантатов диаметром от 2 до 2,5 мм, которые устанавливались рядом с внутрикостной частью двухэтапного имплантата. На опорных головках которых фиксировали временные акриловые протезы. После 2-4 месяцев наблюдения удаляли неразборные имплантаты, фиксировали опорные головки и изготавливали постоянную конструкцию зубного протеза.

Выводы. Таким образом врачам стоматологам в своей клинической практике рекомендуется строго придерживаться и соблюдать теоретически обоснованную этапность в развитии остеогенеза в перестройке костной ткани при ранней и отсроченной нагрузке. Одной из основных причин развития воспалительных осложнений может являться включение имплантатов в немедленную функциональную нагрузку.

Литература

1. Новая морфометрическая номенклатура для оценки остеоинтеграции внутрикостных имплантатов / А.В. Волков [и др.] // Современные технологии в медицине. – 2018. – № 3. – С. 7-13.
2. Современные представления об остеоинтеграции дентальных имплантатов (обзор литературы) / П.В. Иванов [и др.] // Известия вузов. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2018. – № 4(48). – С. 191-202.
3. Chatzopoulos G.S. Dental implant failure and factors associated with treatment outcome: A retrospective study / G.S. Chatzopoulos, L.F. Wolff // J Stomatol Oral Maxillofac Surg – 2023. – №124(2). – С. 1013-14.
4. Повышение эффективности остеоинтеграции дентальных имплантатов в эксперименте / А.В. Порошин [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – № 3(55). – С. 27-29.
5. Лысенко Л. Остеоинтеграция: молекулярные, клеточные механизмы / Л. Лысенко // Клиническая имплантология и стоматология. – 1997. – № 1. – С. 48-59.
6. Параскевич, В.Л. Дентальная имплантология /М.: МИА. – 2006. – С. 400.
7. Дудко, А.С. Динамика биосовместимости внутрикостных имплантатов / А.С. Дудко, В.Л. Параскевич, И.А. Швед // Новое в стоматологии. – 2000. – № 8. – С. 16-24.

**Использование кожного шаблона для контролируемой
малоинвазивной хирургии височно-нижнечелюстного сустава**
Линчевский А.А., Вишняков А.М.

Студент, ассистент

к.м.н, доцент Дедиков Д.Н.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

г. Краснодар, Российская Федерация

ant200319@yandex.ru

Актуальность. Артроцентез - самый распространенный метод малоинвазивного лечения внутрисуставных патологий височно-нижнечелюстного сустава. На этапе современного развития стоматологии, артроцентез с артролаважем становится незаменимым спутником в помощи пациентам с изменениями в височно-нижнечелюстном суставе как на их начальных стадиях, так и в достаточно запущенных ситуациях [4]. Трудность выполнения Артроцентеза с артролаважем «вслепую» связана со сложным анатомическим устройством ВНЧС, расположением в непосредственной близости важных анатомических образований: поверхностной височной артерии, ветви лицевого нерва травматизация которых может привести к местным и общим осложнениям [1,2]. Для снижения рисков развития осложнений, связанных с выполнением процедуры, важно использование современных технологий при планировании хирургического вмешательства и активное внедрение их в клиническую практику [3].

Цель исследования – доказать эффективность и внедрить в клиническую практику метод компьютерного моделирования и изготовления кожного хирургического шаблона для Артроцентеза с артролаважем височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. В исследовании использованы материалы лечения 50 пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава (синовииты, снижение высоты внутрисуставных поверхностей, перфорации внутрисуставного диска, спаечный внутрисуставные изменения, выраженный болевой синдром на фоне тотальной ортопедической реабилитации зубных рядов). Все пациенты информированы об экспериментальном характере проводимой манипуляции. Всем пациентам выполнялось хирургическое лечение с использованием направляющего шаблона, изготовленного на основании полученных данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), наружного сканирования околоушно-жевательной и скуловой областей, ушной раковины со стороны поражения. Позиция шаблона оценивалась с точки зрения стабильности и ротационной активности. Побочные эффекты регистрировались по каждому случаю выполнения вмешательства.

Результаты исследования. Дизайн кожного шаблона, простота его планирования, изготовления и клинического использования были приемлемы. Шаблоны демонстрировали точную посадку, удовлетворительную фиксацию к смежным анатомическим областям, максимальную точность инвазии в полость височно-нижнечелюстного сустава с первого раза. При выполнении Артроцентеза с направляющим кожным шаблоном не отмечено осложнений, а результаты его выполнения в сочетании с Артролаважем и введением в полость сустава препаратов на основе Гиалуроновой кислоты имели выраженный положительный клинический эффект.

Выводы. Широкое распространение высокоточных методов обследования, большое количество программ для планирования хирургических вмешательств, распространение знаний необходимых для работы в них доступных медицинскому сообществу позволяет в полном объеме использовать всю полученную диагностическую информацию для изготовления кожных шаблонов для Артроцентеза, позволяющих максимально точно, практически безболезненно внедряться в полость сложно

устроенного височно- нижнечелюстного сустава и получать стойкий, положительный клинический эффект.

Литература

1. Семенов, М.Г. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / М.Г. Семенов, А.А. Никитин. – М.: МЕДпресс-информ, 2023. – С. 21-23
2. Дробышева, А.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – С. 10-14.
3. Кандасами С., пер. с англ. Д. Б. Конева Дисфункции височно-нижнечелюстных суставов в ортодонтии. Клиническое руководство / Сандживан Кандасами. — М.: ТАРКОММ, 2021. – С. 128-132. ISBN 978-5-6041424-5-5.
4. Булычева, Е.А. Комплексное лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Е.А. Булычева, И.Ю. Лебеденко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 27-30

Анатомо-топографические особенности строения нижнечелюстного канала

Матвеева П.А., Магомед-Мирзоева Э.Х.

Ординатор, ординатор

к.м.н. Богдашина О.В.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра стоматологии

г. Москва, Россия

elizzamirz@gmail.com

Актуальность Основой профилактики ятрогенных осложнений при стоматологических вмешательствах на нижней челюсти является знание анатомии и топографии (НЧК) нижнечелюстного канала [2,3]. В нижнечелюстном канале проходит сосудисто-нервный пучок, состоящий из нижнего альвеолярного нерва, одноименной артерии и вены. Нарушение целостности НЧК проявляется различными видами осложнений: кровотечение, нейропатическая боль, нарушение функции нерва, что в свою очередь изменяет качество жизни пациента и может иметь юридические последствия для практикующего специалиста. Развитие методов диагностической визуализации с помощью КЛКТ челюстей позволило выявить атипичные варианты строения НЧК, которые ранее не учитывались и редко описывались. Так же и исследования последних лет показали, что анатомия НЧК и расположенного в нем сосудисто-нервного пучка более сложна, чем типичное описание его анатомии [1,2,4]. В связи с этим представляется актуальным систематизировать данные литературных публикаций последних лет и сопоставить их с данными КЛКТ.

Цель исследования – проанализировать и систематизировать анатомо-топографические особенности нижнечелюстного канала по данным литературы и КЛКТ.

Материалы и методы. В соответствии с целью данного исследования проведен подбор научной литературы отечественных и зарубежных источников медицинских публикаций (PubMed, Medline, E-Library и Cyberleninka), опубликованных в период с 2005 по 2025. Из 58 публикаций, по ключевым словам, коррелирующим с вариациями анатомии нижнечелюстного канала, выбрано 27. В качестве материала для исследования были использованы данные конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) 107 случайно отобранных пациентов (49 мужчин и 58 женщин) в возрасте от 20 до 68 лет, обращавшихся в стоматологические поликлиники г. Москвы в период с 2020 по 2025 год. Критериями включения в исследование служили: хорошая визуализация канала нижней челюсти.

Результаты исследования. Четкость и качество проведенного рентгенологического исследования являются важным критерием выявления особенностей анатомии НЧК, например, отсутствие выраженного кортикального слоя стенок канала, затрудняет визуализацию магистрального и дополнительного канала НЧК на КЛКТ с низким разрешением. По данным проведенного исследования, НЧК может иметь следующие формы – от одного магистрального канала, до 2-4 дополнительных, идущих параллельно основному и (или) заканчивающихся слепо [1,3]. Возможно наличие дополнительного ретромолярного канала - 3-х типов: вертикальный, изогнутый и горизонтальный [4], ментальное отверстие может варьировать по локализации и количеству от 1 до 5 [1]. Раздвоение НЧК по данным литературы – встречается у 16 % пациентов [5], а по данным анализа КЛКТ в нашем исследовании -3,74%. Ретромолярный канал по данным литературы выявлялся в 25,4% случаев [6], по данным анализа КЛКТ- 1,87%. Аномальное расположение ментального отверстия по данным литературы встречается у 4,4% [1], по данным анализа КЛКТ - 1,87%. Половых и гендерных отличий в ходе исследования выявлено не было. В ходе изучения российской

литературы было выявлено недостаточное количество исследований по частоте выявления ретромолярного канала.

Наличие ретромолярного канала имеет значение для эффективного обезболивания и проведении разреза при удалении третьего моляра на нижней челюсти [6]. Наличие раздвоенного канала и особенностей ментального отверстия важно учитывать при планировании удаления пермоляров и моляров на нижней челюсти, дентальной имплантации, установке мини-имплантатов временной опоры, проведении остеотомии и эндодонтического лечения [1-6].

Выводы. Знание особенностей анатомии и топографии НЧК позволяет стоматологу любой специализации минимизировать риск развития ятрогенных осложнений. Разница в частоте встречаемости особенностей строения НЧК по данным литературы и КЛКТ свидетельствует о необходимости про- и ретроспективного масштабного исследования с включением большого количества КЛКТ высокого разрешения. Анализ результатов такого исследования в дальнейшем позволит стандартизировать протокол обследования и усовершенствовать алгоритм лечения пациента с учетом индивидуальных особенностей НЧК.

Литература

1. Годи, Ж.-Ф. Атлас анатомии зубочелюстной системы для имплантологов / Ж.-Ф. Годи. – М.: МЕДпресс-информ, 2024.
2. Григорьянц, А.Г. Прикладная анатомия канала нижней челюсти / А.Г. Григорьянц, А.Э. Хатыпова, Т.П. Макашиш, С.А. Кутя // Человек и его здоровье. – 2023. – Т. 26, № 3. – С. 69–75. <https://doi.org/10.21626/vestnik/2023-3/08>.
3. Сирак, С.В. Анатомия и топография нижнечелюстного канала / С.В. Сирак, И.А. Копылова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2010. – № 2. – С. 126–127.
4. Shah, S.P. Mandibular retromolar foramen and canal – a systematic review and meta-analysis / S.P. Shah, D.M. Mehta // Department of Oral and Maxillofacial Surgery, College of Dental Sciences and Research Centre, Manipur, Ahmedabad, Gujarat, India. – 2020. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7944007/7>
5. Haas, L.F. Anatomical variations of mandibular canal detected by panoramic radiography and CT: a systematic review and meta-analysis / L.F. Haas, K. Dutra, A.L. Porporatti [et al.] // Dentomaxillofacial Radiology. – 2016. – Vol. 45, No. 2. – Article ID: 20150310. <https://doi.org/10.1259/dmfr.20150310>. PMID: 26576624; PMCID: PMC5308577.
6. Afsa, M. Branching of mandibular canal on cone beam computed tomography images / M. Afsa, H. Rahmati // Journal of Oral Biology and Craniofacial Research. – 2016. – Published by Elsevier (Singapore). URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377529116300724>.

Непосредственная дентальная имплантация: современные подходы, клинические результаты и перспективы (обзор литературы)

Миронович Я.И.

Ассистент

Чл.-корр. НАН РБ, д.м.н., профессор Рубникович С.П.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Кафедра периодонтологии

г. Минск, Республика Беларусь

periostom@bsmu.by

Актуальность. Эффективность лечения пациентов с дентальными имплантатами при непосредственной установке зависит от биологической и функциональной их интеграции в ротовой полости, а также функциональной ортопедической конструкции. В настоящее время растет потребность в сокращении времени лечения пациентов и применение метода непосредственной дентальной имплантации способствует этому, однако существуют ряд факторов, которые могут повлиять на успешное проведение операции и их необходимо учитывать.

Цель исследования – определить основные факторы, обуславливающие эффективность непосредственной дентальной имплантации, на основании анализа научной литературы за период 1998–2025 гг.

Материалы и методы. Поиск литературы производился с использованием библиотек PubMed, Medline, ScienceDirect, ResearchGate, Национальной библиотеки Беларуси, Республиканской научно-технической библиотеки. Ключевые поисковые термины включали: одномоментная имплантация, непосредственная дентальная имплантация, immediate dental implantation и различные комбинации этих терминов.

Результаты исследования. Многочисленные экспериментальные исследования и данные отечественной и зарубежной литературы подтверждают положительные результаты и возможность широкого применения метода непосредственной дентальной имплантации в современной стоматологии [1-5]. Результаты позволяют предположить, что имеется незначительно больший процент успеха при отсроченной установке дентального имплантата с точки зрения выживаемости (96,3-100%). Вероятно, при отсроченной установке возможно повышение успешности из-за снижения инфицирования операционной зоны и более высоких показателей первичной стабильности и отсутствия смещения имплантата.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, между непосредственной и отсроченной установкой имплантата с точки зрения выживаемости имплантата или других осложнений нет статистически значимой разницы. Для успешной непосредственной имплантации важно проводить атравматичное удаление зуба с максимальным сохранением стенок лунки, кюретаж для удаления грануляций. Толщина вестибулярной кортикальной пластинки и размер пространства между внутренней частью альвеолярной стенки и поверхностью имплантата играют важную роль в достижении остеоинтеграции. Торк 35 Н·см, полученный при непосредственной установке имплантата, считается минимально необходимым для прогнозируемой интеграции, достижение которого не всегда возможно из-за недостаточного количества костной ткани или её низкой плотности. Большие размеры имплантата, его коническая форма способствуют достижению первичной стабильности.

Выводы. На данный момент существуют определенные нерешенные вопросы в непосредственной дентальной имплантации, в частности, с позиционированием имплантата в лунке и недостатком его первичной стабильности, что является ключевым фактором иницирования остеоинтеграции. Таким образом, на основе анализа изученных зарубежных и отечественных литературных источников, а также

исследования проблемы, целесообразно продолжить исследования в данной области и искать пути их решения.

Литература

1. Параскевич, В.Л. Дентальная имплантология. / В.Л. Параскевич // – М.: ООО «Медико-информационное агентство». – 2006. – 400 с.
2. Параскевич, В.Л. Одноэтапные винтовые имплантаты. Преимущества и недостатки / В. Л. Параскевич, Л. Л. Максименко // Новое в стоматологии. – 2000. – № 8. – С. 38-45.
3. Рубникович, С.П. Непосредственная имплантация с немедленной нагрузкой дентальных имплантатов несъемными конструкциями зубных протезов с винтовой фиксацией, изготовленных с применением аддитивных и CAD/CAM технологий / С. П. Рубникович, И. С. Хомич, Д. А. Андрущенко // Стоматолог. Минск. – 2020. – № 1(36). – С. 23-31.
4. The effect of implant length and diameter on the primary stability in different bone types / H. Barikani, S. Rashtak, S. Akbari [et al.] // J. Dent. – 2013. – Vol. 10. – P. 449–455.
5. Timing of implant placement after tooth extraction: immediate, immediate-delayed or delayed implants? A Cochrane systematic review / M. Esposito, M.G. Grusovin, I.P. Polyzos, P. Felice, H.V. Worthington // Eur. J. Oral Implantol. – 2010. – Vol. 3. – P. 189–205.

Особенности регенеративного процесса при формировании перимплантарной буферной зоны

Мирхусанова Р.С.¹, Идиев О.Э.²

Аспирант¹, соискатель²

д.м.н., профессор, Заведующий кафедрой Шомуродов К.Э.¹

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

г. Ташкент, Республика Узбекистан

²Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Кафедра ортопедической стоматологии

г. Бухара, Республика Узбекистан

mirkhusanovars19596@mail.ru

Актуальность. Вмешательства по аугментации мягких тканей проводятся для восстановления достаточного объёма кератинизированной десны, увеличения толщины мягких тканей и/или лечения эстетических дефектов в области установленных дентальных имплантатов (ДИ). Несмотря на достаточное количество исследований, посвящённых долгосрочным клиническим результатам подобных операций, мало что известно о процессах заживления ран после пластики мягких тканей вокруг ДИ [1]. Как известно, заживление ран в полости рта представляет собой сложный биологический процесс, включающий множество взаимодействий, управляемых сигнальными молекулами и цитокинами [2]. Изучение их содержания в таких биологических жидкостях как слюна, ротовая и десневая жидкости может дать представление о течении процесса заживления, происходящего в области пластики мягких тканей, выполненной различными хирургическими техниками.

Цель исследования – изучить концентрацию биомаркеров ангиогенеза для оценки течения процесса заживления после аугментации свободного соединительнотканного трансплантата (ССТ) туннельной техникой в области ДИ с недостаточным объёмом мягких тканей.

Материалы и методы. В исследование было включено 20 больных с единично установленными дентальными имплантатами в дистальных отделах зубного ряда и недостаточным объёмом мягких тканей. Всем больным была проведена аугментация ССТ туннельной техникой. Методом ИФА проводилась оценка концентрации ангиогенина (ANG), фактора роста фибробластов-2 (FGF-2), тромбоцитарного фактора роста (PDGF-BB), тканевого ингибитора металлопротеиназы-2 (TIMP-2) и фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) в десневой жидкости перимплантарной борозды (ДЖПБ) в течение 3 месяцев после вмешательства. Забор ДЖПБ проводился в день операции (перед проведением местной анестезии), а также через 3, 7, 14, 30 и 90 дней после вмешательства с помощью бумажных полосок Periopaper (Oraflow, США). Статистический анализ проводился на программе OriginPro 8.6 (OriginLab Corporation, США).

Результаты исследования. Начальные фазы заживления ран характеризуются быстрым каскадом процессом, регулируемых сигнальными молекулами, которые способствуют ангиогенезу и организации локальной микрососудистой сети в области вмешательства. Согласно результатам ИФА, была обнаружена идентичная тенденция колебания концентраций ANG, FGF-2 и PDGF-BB: значения достигали пика к 3-му дню после операции ($664,8 \pm 19,2$ пг/мл, $6,2 \pm 2,3$ пг/мл и $5,3 \pm 3,4$ пг/мл соответственно), после чего наблюдалось их постепенное снижение до исходных значений ($212,3 \pm 52,5$ пг/мл, $0,18 \pm 0,04$ пг/мл и $0,68 \pm 0,28$ пг/мл соответственно). Напротив, концентрации VEGF и TIMP-2 были наибольшими на 7-й день после вмешательства – $924,4 \pm 34,6$ и $494,5 \pm 95,7$ пг/мл соответственно. При туннельной технике сохраняется целостность сосочков и, как правило, данный метод считается малотравматичным, что в некоторой

степени объясняет колебания концентраций биомаркёров. VEGF является мощным проангиогенным фактором, который участвует в нескольких сигнальных путях, связанных с заживлением ран [3]. Следовательно, большая васкуляризация трансплантата в ранние сроки, на что указывает увеличение содержания VEGF, способствует улучшению результатов аугментации мягких тканей. TIMP-2 играет ключевую роль в подавлении пролиферации тканей в ответ на факторы ангиогенеза [4]. У 2 больных, у которых через месяц после вмешательства была обнаружена гиперемия и рецессия десны, наблюдались относительно высокие концентрации данного белка ($876,4 \pm 88,5$ пг/мл, а в участках со стабильными параметрами мягких тканей значения – $506,4 \pm 24,6$ пг/мл). Следовательно, повышенные значения TIMP-2 в более поздние сроки после вмешательства могут говорить о воспалительном процессе и замедленном заживлении, что может привести к сокращению объёма мягких тканей и апикальному смещению края слизистой оболочки.

Выводы. Таким образом, изучение концентрации биомаркеров ангиогенеза после мягкотканной аугментации является ценным методом для оценки течения процесса заживления и ранней диагностики отклонений в процессах регенерации области вмешательства, а также позволяет прогнозировать стабильность достигнутого прироста объёма мягких тканей при формировании периимплантатной буферной зоны.

Литература

1. Peri-implant soft tissue phenotype modification and its impact on peri-implant health: a systematic review and network meta-analysis. / L. Tavelli, S. Barootchi, G. Avila-Ortiz et al. // *Journal of Periodontology*. – 2021. – Т. 92, № 1. – С. 21-44.
2. Wound healing dynamics, morbidity, and complications of palatal soft tissue harvesting. / L. Tavelli, S. Barootchi, M. Stefanini et al. // *Periodontology*. – 2023. – Т. 92, № 1. – С. 90-119.
3. Angiogenin and copper crossing in wound healing. / L.M. Cucci, C. Satriano, T. Marzo, D. La Mendola // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2021. – Т. 22, № 19; 10704.
4. Angiogenic biomarkers and healing of living cellular constructs. / T. Morelli, R. Neiva, M.L. Nevins et al. // *Journal of Dental Research*. – 2011. – Т. 90, № 4. – С. 456-462.

Применение интраоперационного нейромониторинга при операциях по погашению функции околоушной слюнной железы
Нурмагомедов А.Ш.

Аспирант

д.м.н., профессор Афанасьев В.В., к.м.н., Макарова Ю.И.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и травматологии
г. Москва, Российская Федерация
abdul.nurmagomedov99@mail.ru

Актуальность. Околоушная слюнная железа является важным органом, участвующим в секреции слюны и поддержании гомеостаза полости рта. Операции на околоушной железе сопряжены с риском повреждения лицевого нерва, что может привести к серьезным функциональным и косметическим последствиям. Интраоперационный нейромониторинг (ИОНМ) представляет собой современный метод, позволяющий минимизировать риски повреждения нервных структур во время хирургических вмешательств.

Цель исследования – оценить результаты работы нейромониторинга при проведении оперативного вмешательства в области околоушной слюнной железы.

Материалы и методы. Авторы изучили и проанализировали научные статьи по теме исследования. Осуществили анализ доступной отечественной и зарубежной специальной литературы, содержащей сведения об этиологических факторах и частоте поражения ветвей n. facialis. Провели ретроспективный анализ клинических случаев с использованием ИОНМ во время операций на околоушной железе, а также использование электромиографии (ЭМГ) для мониторинга активности лицевого нерва, сравнение результатов операций с применением ИОНМ и без него.

Результаты исследования. Область околоушных слюнных желез анатомически богата артериями и нервами, на эту область приходится не менее 50% осложнений в виде пареза мимической мускулатуры лица на стороне выполненного оперативного вмешательства из-за травмы n. Facialis. Из литературных источников известно, что частота поражений лицевого нерва во время операций на околоушной железе в европейских странах составляет 20%. В Японии данный показатель равняется 30 %. В среднем частота данного осложнения находится в пределах 11,5-53,3 % в год, в различных популяциях. Применение ИОНМ позволяет точно идентифицировать ветви лицевого нерва и снизить риск их повреждения. У пациентов, оперированных с использованием ИОНМ, отмечается более низкая частота послеоперационных осложнений, таких как парез или паралич мимической мускулатуры. За время проведения нами операций с ИОНМ (17 больных) в 2022г., установлено, что за данный период оперативных вмешательств осложнений не выявили.

Выводы. Наш опыт лечения больных сиалодохитом ОУЖ в тандеме с врачом-неврологом показал хорошие отдаленные результаты. Внедрение ИОНМ в клиническую практику рекомендуется для снижения рисков и повышения качества хирургической помощи. Такая технология обеспечивает сохранение функциональной целостности нервных структур. Наш опыт может быть полезен и служит примером щадящего, атравматичного хирургического вмешательства для специалистов медицинского профиля, работающих в сложных анатомических структурах, обогащенных нервами.

Литература

1. Походенько-Чудакова, И.О. Виды и частота встречаемости чувствительных нарушений при повреждениях лицевого нерва / И. О. Походенько-Чудакова, А.К. Федосова // Молодой ученый. — 2019. — № 29 (267). — С. 28-30.

Оптимизация процессов регенерации периимплантатных мягких тканей на этапах протезирования с применением prf-мембраны

Рахимов Р.Р.

Ординатор

ассистент кафедры Винник А.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России»

Кафедра терапевтической стоматологии

г. Самара, Российская Федерация

rahimov-rus763@mail.ru

Актуальность. На сегодняшний день одной из распространенных проблем имплантологического лечения является атрофированная прикрепленная слизистая в зоне ортопедической конструкции, что влияет на качество жизни пациента, подразумевая эстетические и функциональные нарушения. По данным анализа российских и зарубежных научных публикаций, частота встречаемости неудачного имплантологического лечения составляет от 4% до 12%. [1]. Проводились исследования о влиянии кератинизированной десны в области дентальных имплантатов на развитие осложнений в отсроченном периоде. Исследования показали, что риск потери костной ткани выше в области имплантатов с атрофированной прикрепленной слизистой. При наличии кератинизированной десны ≥ 2 мм снижается риск попадания пищи под ортопедическую конструкцию, развития воспалительно-деструктивных изменений в области имплантата. [2,3,4].

Цель исследования – определение эффективности применения PRF-мембраны для увеличения объема кератинизированной десны в области дентальных имплантатов на этапах протезирования имплантологического восстановления зубных рядов.

Материалы и методы. PRF — это богатый тромбоцитами фибрин, получаемый путем центрифугирования собственной крови пациента. Технология PRF представляет собой применение фибриновой мембраны в зоне вмешательства с целью профилактики развития воспалительной реакции и ускорения процессов заживления.

На базе кафедры терапевтической стоматологии СамГМУ (ООО «Клиника Рахимова») было пролечено 12 пациентов с частичным отсутствием зубов. На этапах установки формирователей десны и фиксации ортопедической конструкции применялась богатая тромбоцитами PRF-мембрана, обеспечивающая оптимизацию регенерации кератинизированной десны в области интегрированных дентальных имплантатов (патент РФ 2819496, опубликован 21.05.2024).

До начала операции производился забор венозной крови пациента в объеме 10мл (2 пробирки по 5мл). Пробирки устанавливались в аппарат для центрифугирования на 15 минут со скоростью вращения 2000 оборотов в минуту. Пинцетом из пробирки извлекалась фибриновая масса, отделялась с помощью ножниц от остальных кровяных элементов. Фибриновые сгустки помещались в PRF-бокс для прессования с целью приобретения формы мембраны.

На этапе установки формирователя десны PRF-мембрана укладывалась в два слоя 10 на 10 мм над каждым имплантатом, образуя две поверхности квадратной формы, уложенные друг на друга. Скальпелем по центру мембран производился разрез обоих слоёв длиной 3 мм. Через линию разреза трансмембранно вводился формирователь десны и вкручивался в имплантат.

На этапе фиксации ортопедической конструкции PRF-мембрана укладывалась в один слой 10 на 10 мм с надрезом по центру 3 мм. Абатменты под давлением трансмембранно вводились в «шахты» слизистой над имплантами, плотно зажимая мембрану между прикреплённой десной и конструкцией и вкручивались в имплантаты.

Результаты исследования. В результате проведенного лечения у пациентов наблюдалось увеличение толщины кератинизированной десны на 0,8-1,5 мм, ширины на 0,7-1,3 мм в области ортопедической конструкции спустя 3-6 недель после установки формирователя. Значительно сокращались сроки восстановления слизистой оболочки в зоне применения PRF-мембраны после хирургического вмешательства с 12-14 до 8-10 дней.

Выводы. Полученные в ходе проведенного исследования результаты подтверждают актуальность применения PRF мембраны на этапах протезирования на имплантатах. Преимуществом методики на этапе установки формирователя десны является увеличение объема кератинизированной десны, улучшение регенерации тканей, сокращение сроков заживления. Компрессия десневой ткани на этапе фиксации ортопедической конструкции способствует укреплению внутренней стенки слизистого кратера, обеспечивая плотное прилегание коронки к десневому ложу. Повышается степень герметизации биологического пространства над имплантатом, улучшаются эстетические и функциональные показатели ортопедической конструкции.

Литература

1. Newer proposed classification of periimplant defects: a critical update / D. Passi [et al.] // J. Oral Biol. Craniofac. Res. – 2017. – Vol. 7, N 1. – P. 58–61.
2. Десневая и костная пластика в дентальной имплантологии / Р.М. Бениашвили, А.А. Кулаков, А.Н. Гурин, Л.А. Григорьянц, В.С. Комлев, В.А. Семкин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 239 с.
3. Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / С. Железный, В. Толмачев, С. Носов // Научные и практические материалы. – 2007. – С. 94–97.
4. Винник А.В. Роль микроорганизмов в развитии хронического гингивита / А.В. Винник // Астраханский мед. журн. – 2022. – Т. 17, № 4. – С. 8–15.

Первичный гиперпаратиреоз в клинической практике врача- стоматолога

Саидова П.А.

Ординатор

к.м.н., доцент Арутюнян Б.А.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента РФ

Кафедра стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

pati.saidova@mail.ru

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) представляет собой значимую эндокринную патологию, характеризующуюся избыточной секрецией паратиреоидного гормона, которая приводит к нарушению обмена кальция и фосфора в организме и является самой частой причиной гиперкальциемии, обусловленное повышенной автономной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) [1].

ПТГ – полипептидный гормон, который синтезируется паращитовидными железами и осуществляет кальций регулирующую функцию, способствуя декальцинации и поступления кальция в кровоток. Характерные биохимические изменения крови при гиперпаратиреозе сводятся к повышению содержания в крови не только ПТГ, но и общего и ионизированного кальция, достигающего в отдельных случаях до чрезвычайно высоких цифр в 24 – 30 мг% (в среднем оно равно 13 – 17 мг%). Исследование данных показателей способствует ранней диагностики ПГПТ [3].

Причиной автономной гиперсекреции ПТГ может быть аденома, гиперплазия и значительно реже – карцинома паращитовидных желез (ПЩЖ). Примерно 80 – 85% случаев заболевания связаны с аденомами, 10–15% – с гиперплазией и менее 1% – с карциномами ПЩЖ [1].

При ПГПТ утрачивается физиологический механизм подавления секреции ПТГ в ответ на гиперкальциемию, поскольку в результате дефекта кальций-чувствительных рецепторов патологически измененных клеток ПЩЖ, их порог чувствительности к кальцию снижен или полностью отсутствует; в результате, несмотря на гиперкальциемию, усиливается продукция ПТГ, который активирует работу остеокластов, что приводит к дисбалансу костного ремоделирования с преобладанием фазы резорбции. [3].

Хронический дефицит витамина D, и избыточная секреция ПТГ рассматриваются в качестве вероятных механизмов запуска гиперплазии клеток ПЩЖ, с последующей их трансформацией в опухоль [2, 3].

В большинстве случаев, ПГПТ (90 – 95%) является спорадическим заболеванием, на наследственные формы приходится не более 5 – 10% [3].

По данным литературы при ПГПТ стоматологические проявления могут включать гингивит, пародонтит и остеолит корней зубов, коричневую опухоль, гигантоклеточную опухоль, поликистоз челюстей, атрофия альвеолярного отростка/части челюстей, эпюлис. Эти изменения могут служить ранними маркерами заболевания и указывать на необходимость дальнейшей диагностики и лечения [5].

Цель исследования – повысить эффективность диагностики первичного гиперпаратиреоза у пациентов на стоматологическом приеме.

Результаты лечения.

Клинический пример №1

На стоматологическом приеме, у пациента Л., 57 лет при рентгенологическом исследовании, на ортопантограмме обнаружены множественные радикулярные кисты верхней челюсти, диаметром 1.5мм с четкими ровными контурами с венчиком склероза, а также фолликулярная киста диаметром 20.5 -9.7мм По данным биохимического анализа

крови – повышение уровня общего кальция – 3,41 мг/дл., уровень ПТГ – 181,2 пг/мл, что в 1.5 раза выше референсных значений.

Клинический пример №2

Пациент А., 45 лет, в области альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне отсутствующих зубов 1.1 2.1 обнаружено выступающее образование на широком основании, с выраженным сосудистым рисунком. По результатам гистологического исследования был установлен диагноз ангиоматозный эпулис слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти. По данным обследования выявлена гиперкальциемия – 12 мг/дл, повышенный уровень ПТГ – 210,1 пг/мл, что в 1.8 раза выше референсных значений.

Клинический пример №3

Пациентка Д., 52 года, на КЛКТ выявлена полная атрофия альвеолярного отростка/части верхней и нижней челюсти. На этапе диагностики при подготовке к дентальной имплантации, обнаружено превышение уровня общего кальция в крови – 3,9 ммоль, и уровня ПТГ – 237,2 пг/мл что в 2 раза превышает референсные значения.

Все обследуемые были направлены в врачу-эндокринологу, где по результатам диагностики был выявлен первичный гиперпаратиреоз и аденома паращитовидных желез.

Выводы. Врачи-стоматологи часто являются первичными контактными специалистами для пациентов с симптомами, связанными с ПГПТ. Для диагностики ПГПТ и снижению рисков возникновения осложнений, пациентам с данными стоматологическими проявления в полости рта при планировании оперативного лечения рекомендовано выполнять биохимический анализ крови с определением показателей уровня ПТГ и кальция.

Литература

1. Бирюкова, Е.В. Гиперкальциемия в практике клинициста: фокус на первичный гиперпаратиреоз / Е.В. Бирюкова, М.В. Шинкин, Л.А. Звенигородская //Лечение и Профилактика. – 2021. – №3, Том.11 С. 41-49.
2. Наврузова, Л.Х. Клинико-морфологические особенности состояние зубочелюстной системы у больных, при повышении функции околощитовидной железы / Л.Х. Наврузова //Особенности Оказания стоматологической помощи. –2020. –№3. –С. 54-62.
3. Котова, И.В. Костные ориентиры челюстей как следствие первичного гиперпаратиреоза / И.В. Котова, М.Е. Белошицкий, В.Г. Игнатюк // Таврический Медико-биологический вестник. – 2020. – №2. – С.80-84.
4. Фархутдинова, Л.М. Первичный Гиперпаратиреоз: Анализ Клинического случая / Л.М. Фархутдинова, С.Ю. Мохаммад, И.М. Ямаев, Б.И. Абдулгужин // Эндокриннаяхирургия. – 2022. – №2. –С. 21-24.
5. Котова, И.В. Первичный гиперпаратиреоз как локализованная форма фиброзно-кистозного остеита верхней челюсти /И.В. Котова, А.А. Никитин, Т.А. Бритвин [и др.] // Наблюдение из практики. – 2016. – №2. – С. 95-96.

Оценка качества жизни пациентов с инфекционно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области в зависимости от типа их личности

Стрельчук Е.В.

Студент

д.м.н., профессор Походенько-Чудакова И.О.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургической стоматологии

г. Минск, Республика Беларусь

surgstom@bsmu.by

Актуальность. Оценка стоматологического качества жизни является мощным стимулом к переосмыслению подходов к профилактике и лечению заболеваний полости рта, к организации специальной многоуровневой структуры стоматологической помощи населению в современных условиях [2,5]. В специальной литературе известны публикации, в которых оценивают стоматологическое здоровье в критериях качества жизни [3]. Имеют место работы по анализу качества жизни у пациентов, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями пародонта [1,4]. Однако до настоящего времени отсутствуют сведения о взаимосвязи показателей качества жизни с типом их личности.

Цель исследования – проанализировать изменение качества жизни пациентов при воспалительных процессах в челюстно-лицевой области и определить их зависимость от типа личности, пола.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 72 человек в возрасте от 19 до 84 лет (мужчины – 22, женщины 50). 15 из них были практически здоровы по соматическому статусу и вошли в контрольные группы, а 53 – это пациенты, обратившиеся к хирургу-стоматологу. На основании данных о поставленном им диагнозе были отобраны пациенты с воспалительными процессами в ЧЛЮ - 38 человек (мужчины – 13, женщины – 25). На основании данных о типе личности и поле пациенты были распределены на 6 групп. Первую группу составили меланхолики – 9 человек, а вторую группу флегматики – 5 человек. В третью и четвертую же группы были включены сангвиники-женщины – 7 человек и сангвиники-мужчины – 7 человек. Пятую и шестую группу составили холерики-женщины – 7 человек и холерики-мужчины – 3 человека. Качество жизни пациента было оценено с помощью опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья».

Результаты исследования. Ухудшение качества жизни в группе 1 составило - 13,61%, во 2 - 14,54%, в 3 - 11,57%, в 4 - 14, 27%, в 5 - 16, 76%, в 6 - 22,11%. При этом по шкале «Ограничение функции» наблюдались следующие изменения: 1 группа - 18,98%, 2 - 20,28%, 3 - 18,33%, 4 - 12,38%, 5 - 16,47%, 6 - 18,06%. По шкале «Физический дискомфорт» качество жизни пациентов изменилось следующим образом: 1 группа – 8,06%, 2 – 16,00%, 3 – 8,21%, 4 – 13,57%, 5 – 11,79%, 6 – 14, 17%. По шкале «Психологический дискомфорт» качество жизни пациента уменьшилось так: 1 группа – 13,33%, 2 – 2,0%, 3 – 17,29%, 4 – 16,57%, 5 – 18,93%, 6 – 30,83%. По шкале «Физические расстройства» ухудшение качества жизни составило: 1 группа – 15, 90%, 2 – 17,78%, 3 – 12,62%, 4 – 23,33%, 5 – 24,14%, 6 – 31,94%. По шкале «Психологические расстройства» наблюдались следующие изменения: 1 группа – 20,56%, 2 – 17,00%, 3 – 12,43%, 4 – 18,86%, 5 – 24,52%, 6 – 28,33%. По шкале «Социальная дезадаптация» качество жизни изменилось следующим образом: 1 группа 10,56%, 2 – 7,5%, 3 – 5,0%, 4 – 8,57%, 5 – 9,29%, 6 – 18,33%. По шкале «Ущерб» качество жизни ухудшилось так: 1 группа – 8,33%, 2 – 12,4%, 3 – 5,48%, 4 – 3,69%, 5 – 12,4%, 6 – 17,36%.

Выводы. Таким образом, установлено, что тип личности пациента и пол влияет на качество жизни при воспалительных процессах в челюстно-лицевой области. Большие изменения в качестве жизни претерпели следующие группы: 5 и 6 – холерики

(при этом более выражено у мужчин). Самые большие показатели по ухудшению качества жизни у пациентов-холериков были по следующим шкалам: «Психологический дискомфорт», «Физические расстройства», «Психологические расстройства», что следует принимать во внимание при разработке профилактических мероприятий воспалительных процессов челюстно-лицевой области, так же следует учитывать при проведении амбулаторных оперативных вмешательств.

Литература

1. Клинико-экономический анализ применения тромбоцитарной аутоплазмы (тап) при консервативном лечении хронических воспалительных заболеваний тканей периодонта / С. В. Микляев [и др.] // Вестник российских университетов. Математика. – 2017. – Т. 22, Вып. 6. – С. 1578-1585.
2. Оценка качества жизни пациентов с тотальными дефектами челюстей / А. А. Слетов [и др.] // Медицинский алфавит. – 2021. – № 38. – С. 36–40. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-38-36-40.
3. Стоматологическое здоровье и критерии качества жизни / О. С. Гилева [и др.] // Медицинский вестник Башкартостана. – 2011. – Т. 6, № 3. – С. 6–11.
4. Dental anxiety and oral health-related quality of life before and after non-surgical periodontal treatment / L. Piedra-Hernández [et al.] // Clin. Oral Investig. – 2023. – Vol. 27, N 9. – P. 5459–5474. DOI: 10.1007/s00784-023-05165-1.
5. Graziani, F. Patient-based outcomes and quality of life / F. Graziani, G. Tsakos // Periodontol 2000. – 2020. – Vol. 83, № 1. – P. 277–294. doi: 10.1111/prd.12305.

Исследование доходности от оказания страховых услуг в хирургической стоматологии

Тогоев Г.О., Духовская А.А.

Ассистент, аспирант

д.м.н., профессор Панин А.М.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Кафедра пропедевтики хирургической стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

kafedra-stoma.xirurg@yandex.ru

Актуальность. Фонд заработной платы амбулаторной клиники, оказывающей платные и страховые услуги, формируется доходами от платных услуг и страховых поступлений. На него влияют оптимизация издержек, сезонные колебания, нормативное регулирование, производительность и качество работы. Важны анализ цен, внедрение новых услуг, эффективное взаимодействие со страховыми компаниями, автоматизация операций и управление ресурсами для стабильности и роста доходов.

Материалы и методы. В работе использована база данных, составленная на основе годовых статистических отчетов. Объектом исследования выступило амбулаторное хирургическое отделение клиники «Клинический центр челюстно-лицевой, пластической хирургии» при «Российском университете медицины». В качестве объекта наблюдения рассматривались данные годового отчета по предоставлению коммерческих услуг, а также страховые организации, осуществляющие страховые выплаты в соответствии с законодательством посредством заключения договоров, оформления страховых полисов, формирования списков застрахованных и оплаты медицинского обслуживания. Для обработки цифровых данных применялись статистические, аналитические и графические методы. Направление изменений определялось методом сравнительного анализа. Оценка адекватности разработанной модели производилась путем моделирования финансовых поступлений от оказания стоматологической помощи по коммерческим тарифам и в рамках ОМС, а также расходов на прогнозируемые объемы помощи, необходимые населению. Для унификации и проведения статистической обработки была создана база данных в программной среде "Microsoft Excel-2010".

Результаты исследования. Анализ данных за 12 месяцев выявил следующие особенности оказания страховых услуг как коммерческих, так и государственных в области амбулаторной хирургической стоматологии.

- Общее количество услуг, оказанных за год, практически одинаково как по коммерческим каналам, так и по ОМС (15391 против 14994). Это говорит о примерно равной потребности населения в данных услугах, независимо от источника финансирования.
- При сопоставимом объеме услуг, финансирование коммерческих услуг значительно выше финансирования по ОМС (разница в 21,4%). Это может указывать на более высокую стоимость коммерческих услуг, более широкий спектр предлагаемых услуг или другие факторы, влияющие на ценообразование.
- Доходы от коммерческих услуг характеризуются большей стабильностью в течение года, что может быть связано с более предсказуемым потоком пациентов и возможностью планирования бюджета.
- Заметные провалы финансирования от страховых компаний в апреле и мае требуют дополнительного изучения. Возможные причины: изменение страховых полисов, сезонные колебания спроса, задержки в оплатах со стороны страховых компаний.

- Выраженное снижение финансирования в мае и июне по ОМС может указывать на проблемы с бюджетным финансированием, изменения в государственной политике в области здравоохранения или другие факторы.
- Взрывной рост востребованности государственной поддержки в сентябре и стабильность до января могут быть связаны с окончанием летнего сезона, началом учебного года или другими сезонными факторами, увеличивающими спрос на стоматологические услуги, финансируемые государством.

Выводы. Таким образом, анализ предоставленных амбулаторных хирургических стоматологических услуг выявляет интересную картину: при почти идентичном количестве оказанных услуг по коммерческим каналам и программе ОМС, финансовое обеспечение коммерческого сектора значительно превосходит государственное. Это указывает на возможные различия в ценообразовании, сложности процедур или другие факторы, влияющие на стоимость услуг.

Динамика доходов также отражает существенные различия. Стабильность коммерческого сектора, несмотря на кратковременные спады, контрастирует с выраженными колебаниями финансирования по ОМС. Всплеск востребованности государственной поддержки в сентябре и последующая стабильность до января подчеркивают возможную сезонность или влияние других внешних факторов на потребность в хирургической стоматологической помощи, оказываемой в рамках ОМС.

Литература

1. Исследование дифференциации затрат по видам амбулаторных стоматологических услуг населению мегаполиса/ А.А. Духовская, Л.В. Егорова, Н.Е. Духовская, Е.А. Картон, Э.Г. Зарецкая / Ортодонтия. – 2022. - №2(98). – С.2-5.
2. Анализ видов, структуры и объемов стоматологической помощи, оказываемой в соответствии с классификатором медицинских услуг по программе ОМС взрослому населению при лечении всех заболеваний пародонта / О.О. Янушевич, В.Г. Бутова, К.В. Умарова // Российский стоматологический журнал. –2012. – № 5. – С. 46-49.

**Бисфосфонатный остеонекроз челюстных костей после urgentной
стоматологической помощи**

Хамзин Р.В., Шаронова А.А.

Ординатор, ординатор

к.м.н., доцент Уракова Е.В.

Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО

РМАНПО Минздрава РФ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

г. Казань, Российская Федерация

anvu@rambler.ru

Актуальность. В настоящее время бисфосфонатные остеонекрозы челюстей (БОНЧ) - одна из актуальных проблем в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Американская ассоциация хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов в 2014 г. сформировала общеупотребительное определение бисфосфонатного остеонекроза челюстей, согласно которому бисфосфонатный остеонекроз челюстей - осложнение антирезорбтивной терапии, характеризующееся омертвением и оголением участка кости, которое сохраняется более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса. С ростом онкологической заболеваемости, врачу-стоматологу важно понимать механизмы развития БОНЧ и его связь с различными urgentными стоматологическими вмешательствами [1,2].

Цель исследования – обобщить и выявить возможные причины и предложить меры профилактики бисфосфонат-ассоциированного остеонекроза челюстей при urgentной стоматологической помощи.

По исследованиям авторов, в основе патогенеза БОНЧ лежит стимуляция остеокласт-подавляющего фактора и снижение активности остеокластов, ограничение численности и угнетение дифференцировки остеокластов из моноцитов, а также антиангиогенные свойства фосфора, заключающиеся в ингибировании роста эндотелия сосудов и усилении их склероза. Бисфосфонаты подавляют экспрессию генов NFATc1 и карбоангидразы II, а также активацию BCL6. В результате этого миграция остеокластов замедляется, а их резорбтивная способность снижается. В качестве факторов риска в возникновении БОНЧ имеют значение факторы: наличие онкозаболевания, проводимая химиотерапия, сопутствующие заболевания (анемия, коагулопатия, инфекция), а также пожилой возраст, внутривенное введение препарата, длительное его использование, плохая гигиена полости рта, наличие воспалительных заболеваний и различные хирургические вмешательства в полости рта во время терапии бисфосфонатами. [4,5].

Материалы и методы. Нами было обследовано 18 пациентов с бисфосфонатными остеонекрозами челюстей. Данным пациентам проведены осмотр, диагностические мероприятия в виде рентгенологических и лабораторных исследований.

Результаты исследования. В период с середины 2021 по 2024 гг. на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ГАУЗ РКБ МЗ РТ (г. Казань) находились 18 человек, в возрасте от 54 до 73 лет (9 мужчин и 9 женщин). У всех пациентов в анамнезе выявлен прием бисфосфонатных препаратов более 3 лет, лекарственное средство принималось при лечении рака молочной железы, рака предстательной железы и множественной миеломы. Препарат вводился внутривенно, ежемесячно. При сборе анамнеза выявлено, что у каждого из пациентов вовремя или после окончания химиотерапии были проведены различные стоматологические манипуляции в полости рта (удаление зубов, кюретаж пародонтальных карманов, изготовление различных ортопедических конструкций). Все пациенты (100%) первоначально отмечали оголение костной ткани в области проведенной манипуляции, которое со временем увеличивалось. Самостоятельно костный дефект не закрывался

слизистой оболочкой, появлялись изменение цвета костной ткани (кость становилась серой), гнилостный запах в области оголенной кости и узурация костной ткани. По данным рентгенологических исследований у 82,3% пациентов (15 человек) с остеонекрозом, определялись сформированные секвестры в челюстных костях. Таким пациентам проводилась некротомия с последующим ушиванием слизистой лоскута, либо, при обширном поражении костной ткани, резекция челюсти. У 17,7% пациентов (3 человека) хронический воспалительный процесс протекал без четкой демаркации патологического очага, что затрудняло проведение хирургической манипуляции. Лечение таких пациентов было направлено, в первую очередь, на купирование обострения и формирование секвестров для последующего их хирургического удаления. Всем пациентам проводилась терапия в виде антибактериальной, противовоспалительной терапии, вводились сосудистые препараты, а также проводились ежедневные перевязки.

Выводы. Остеонекроз челюсти – тяжелое осложнение, которое может возникнуть у пациентов, получающих терапию бисфосфонатами, после любого ургентного стоматологического вмешательства [5,6]. Чтобы снизить риски возникновения этого заболевания рекомендуется перед назначением бисфосфонатных препаратов провести консультацию стоматолога для исключения патологии со стороны зубочелюстной системы. При наличии каких-либо отклонений необходимо провести полную санацию полости рта. Однако, бывают ситуации, когда пациент обращается к стоматологам с проблемой уже после начала терапии бисфосфонатами. В таком случае, рекомендуем проводить минимально инвазивные манипуляции в полости рта, проводить консервацию корней зубов, либо атравматично удалять зубы с обязательным ушиванием лунки слизисто-надкостничным лоскутом.

Литература

1. Алеева, М.М. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей: факторы риска и особенности лечения / М.М. Алеева, Е.В. Уракова, Р.В. Лексин // Практическая медицина. – 2017. – № 8 (109). – С. 13-17.
2. Спевак, Е.М. Патоморфологическая характеристика бисфосфонатных остеонекрозов челюстей / Е.М. Спевак, Д.Ю. Христофорандо // Российский стоматологический журнал. – 2016. – № 5. – С. 273-276.
3. Заславская, Н.А. Опыт лечения остеонекрозов челюстей у пациентов, получающих антирезорбтивную терапию (бисфосфонаты, «Деносумаб») / Н.А. Заславская, А.Ю. Дробышев, А.Г. Волков // Cathedra. – 2014. – № 47. – С. 32-34.
4. Басин, Е. Препарат-обусловленные остеонекрозы челюстей / Е. Басин, Ю. Медведев, К. Поляков // Врач. – 2014. – № 12. – С. 35-37.
5. Тарасенко, С.В. Тактика лечения больных с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей / С.В. Тарасенко, А.Ю. Дробышев, Т.П. Шипкова [и др.] // Российская стоматология. – 2012. – № 2. – С. 3-13. DOI: 10.17116/stomat202210106185.
6. Use of bisphosphonates in elderly patients with newly diagnosed multiple myeloma / S. Leng [et al.] // J. Natl. Compr. Canc. Netw. – 2019. – Vol. 17, N 1. – P. 22–28. DOI: 10.6004/jnccn.2018.7086.

Хирургические методы лечения рака языка

Фахрутдинов А.А.

Ординатор

Научный руководитель - к.м.н., Рудык А.Н.

Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России

Кафедра стоматологической и челюстно-лицевой хирургии

г. Казань, Российской Федерации

kafedra.cgma@mail.ru

Актуальность. По всемирной статистике ВОЗ за 2022 год рак слизистой оболочки полости рта (СОПР) составляет 6% от общего числа онкологических заболеваний. Рак языка составляет 55% от всех злокачественных новообразований СОПР.

По статистике Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии за 2023 год в РФ было выявлено всего 6346 случаев злокачественных новообразований полости рта. За период с 2013 по 2023 наблюдается прирост в 7,4% рака полости рта. В Республике Татарстан на 100 тысяч населения выявляют 84 пациента с злокачественными новообразованиями языка [4].

Цель исследования – рассмотреть современные методы хирургического лечения рака языка, применяемые в различных клинических ситуациях.

Материалы и методы. Малые форма рака языка на ранней стадии подлежат лечению с небольшим хирургическим вмешательством с комбинированным лечением ХТ, СЛТ, ДЛТ. К ним относят:

- *Лазерная глоссэктомия* - современный метод, при котором используется лазер для удаления опухолевых тканей. Это менее инвазивный метод, который может быть использован на ранних стадиях рака.
- *HIFU-терапия* (высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук) — **метод лечения новообразований**, при котором на ткани организма воздействуют сфокусированным ультразвуковым пучком. С помощью специального аппарата ультразвук фокусируется и нагревает повреждённые ткани, что приводит к их гибели [5].

При более обширных поражениях ракового новообразования применяется глоссэктомия. **Глоссэктомия** - операция по удалению части или всего языка, которая проводится при поражении слизистой оболочки, языка раком [1]. **Объём оперативного вмешательства** зависит от степени распространения опухолевого процесса. Данный метод радикальный и самый эффективным метод лечения злокачественных новообразований языка. Возможны следующие виды операций:

Гемиглоссэктомия - удаление части языка, при этом сохраняются основные функции языка, что позволяет пациенту сохранять способность к речи и жеванию. Данный метод используется, если рак опухоль затрагивает ограниченную область языка [1,2].

Экстирпация языка - удаление всего языка. Это более объёмное оперативное вмешательство, которое может требовать восстановительных процедур для обеспечения речи, жевания и дыхания после вмешательства. Пациенту может потребоваться длительных реабилитационных мероприятиях, а также в использовании вспомогательных средств для восстановления всех основных функций [1,2].

Для замещения обширного дефекта проводится современная *реконструктивная* операция, направленные на восстановление формы и функций языка. В этих случаях используют кожные лоскуты на сосудистой ножке, например используют

торакодорзальный кожно-фасциально-мышечный лоскут на сосудистой ножке или лучевой лоскут на сосудистой ножке [3].

Результаты исследования. В 21-м веке хирургические методы лечения рака языка остаются основными и самыми эффективным методом лечения. Эффективность варьируется в зависимости от стадии развития опухоли, её локализации и морфологического типа. Радикальные хирургические методы обеспечивают наилучшие результаты при ранней диагностике и предоставляют потенциал для излечения. Тем не менее, такие вмешательства могут значимо влиять на функциональные и эстетические аспекты жизни пациентов, включая нарушение речи, глотания и изменений внешнего вида.

Выводы. Хирургический метод остаётся основным стандартом в лечении рака языка, требуя активного внедрения новых технологий и алгоритмов лечения для повышения эффективности терапии и улучшения качества жизни пациентов.

Литература

1. Пачес, А.И. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани / А.И. Пачес, В.О. Ольшанский, В.Л. Любаев, Т.Х. Туок. – М.: Медицина, 1988.
2. Федяев, И.М. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И.М. Федяев, И.М. Байриков, Л.П. Белова, Т.В. Шувалова. – 2000. – С. 80–83.
3. Сангинов, Д.Р. Реконструктивно-восстановительные операции и вопросы качества жизни больных с местно-распространённым раком головы и шеи / Д.Р. Сангинов, А.М. Мудунов, Р.З. Юлдошев [и др.] // Вестник Авиценны. – 2019. – №1. – С. 168–170. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-165-172>.
4. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2023 году / А.Д. Каприн, В.В. Стариский, А.О. Шахзадовой. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2023.
5. Москвичева, Л.И. HIFU-терапия (высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук) — метод лечения / Л.И. Москвичева // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2022. – №1. – <https://www.mediasphera.ru/issues/onkologiya-zhurnal-im-p-a-gertsena/2022/1/downloads/ru/12305218X2022011064>.

**Выбор тактики хирургического стоматологического лечения под контролем
усовершенствованного метода диагностики патологии слизистой оболочки
полости рта у пациентов с язвенным колитом**

Химин Н.П.

Аспирант

д.м.н., профессор, Воложин Г.А.

ФГБОУ ВО Российский университет медицины

Кафедра хирургическая стоматология и имплантология

г. Москва. Российская Федерация

nelson131097@yandex.ru

Актуальность. Проблемой в повседневной рутинной практике врачей-стоматологов при проведении хирургических манипуляций является отсутствие мультидисциплинарного подхода к пациентам с язвенным колитом (ЯК) в отношении внекишечных проявлений в ротовой полости (ВКП). ВКП относятся к категории аутоиммунных, связанных с активностью заболевания и являются атрибутом более тяжелого течения ЯК, обнаруживаются у ~50% пациентов ч/з 30 лет после диагностики ЯК [1,2]. ЯК характеризуется сложными нарушениями гомеостаза различного характера. При ЯК основой развития неоплазии на фоне длительно текущего воспаления являются молекулярные нарушения, аналогичные таковым при РТК. Это касается большой группы протоонкогенов, генов-супрессоров опухолей, генов-регуляторов апоптоза [3]. Создание новых клинических подходов для повышения эффективности хирургического стоматологического лечения и ранней диагностики неоплазии СОПР у пациентов с ЯК является весьма актуальным.

Цель исследования – разработка тактики хирургического стоматологического лечения под контролем усовершенствованного метода диагностики патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР) у пациентов с ЯК.

Материал и методы. Пациентам с ЯК проводились: бактериологическое исследования СОПР с определением чувствительности к антибиотикотерапии, биохимический анализ слюны, осмотр СОПР эндоскопом с технологией оптической хромоэндоскопии, плановое хирургическое стоматологическое лечение, антибиотикотерапия, местное лечение, орошение препаратом прополиса с коллоидным серебром в сочетании с 0,1% раствором дексаметазона, послеоперационное наблюдение на 7-е сутки.

Результаты исследования.

1. У пациентов с ЯК выделена патогенная микрофлора СОПР, повышение биохимических показателей слюны: альбумина, билирубина общего, железа, АлаТ, АсаТ, амилазы, D-димера, мочевины.
2. Алгоритм ведения пациентов с НЯК до и после хирургического стоматологического вмешательства доказал эффективность в отношении активной регенерации.
3. На 7-е сутки после лечения отмечалось достоверное снижение прироста бактериальных клеток и улучшение биохимических показателей слюны.

Выводы.

1. Визуализации СОПР в режиме оптической хромоэндоскопии позволяет определить границы патологического очага, дифференцировать неопластические изменения от структур, не относящихся к неоплазии, определить тактику лечения и уровня оказания медицинской помощи (амбулаторный или стационарный).
2. По результатам бактериологического анализа у пациента с ЯК выявлено превышение референсных значений *Strept. viridans*, *Candida albicans*, *Neisseria subflava*.
3. Биохимический анализ слюны определил превышение референсных значений таких показателей, как: альбумин, АлаТ, АсаТ, амилаза, D-димер, мочевина, что является

доказательством наличия активного воспалительного процесса не только в полости рта, но и обострения основного заболевания, ЯК.

4. Разработанный алгоритм оказания хирургической стоматологической помощи пациенту с ЯК, включающий в себя комплексное обследование, селективную антибиотикотерапию, местное лечение во время и после операции, в т.ч. орошение препаратом на основе прополиса с коллоидным серебром в сочетании с 0,1% раствором дексаметозона, доказывает эффективность в отношении эрадикации приоритетных пародонтопатогенных видов микроорганизмов, в улучшении б/х показателей слюны, сокращении сроков регенерации.

Литература

1. Burakoff, R. Clinical challenges in ulcerative colitis / R. Burakoff // Gastroenterol. Hepatol. – 2008. – Vol. 7. – P. 235–241.
2. Ardizzone, S. [et al.]. Adalimumab for the treatment of Crohn's disease: an update / S. Ardizzone [et al.] // Inflamm. Bowel Dis. – 2015. – Vol. 21. – P. 1794–1800.
3. Колодей, Е. Н. Язвенный колит и рак толстой кишки: актуальные и нерешенные вопросы диагностики / Е. Н. Колодей // Медицинский альманах. – 2013. – № 1. – С. 74–78.

**Распространенность ксеростомии и симптомов слюннокаменной болезни
у соматически здоровых пациентов на амбулаторном приеме стоматолога-хирурга
Чжихуа Чжу**

Студент

д.м.н., профессор Походенько-Чудакова И.О.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургической стоматологии

г. Минск, Республика Беларусь

surgstom@bsmu.by

Актуальность. Ксеростомия – состояние, характеризующееся сухостью в полости рта и развивающееся при уменьшении (гипосаливия) секреции слюнных желез или при полном отсутствии таковой (асаливия) [3]. Ее распространенность по данным различных исследователей варьирует в пределах от 11% до 60% [2].

Продолжительное снижение саливации обуславливает дискомфорт и является фактором риска возникновения и развития как соматической патологии (болезни желудочно-кишечного тракта, психоэмоциональные расстройства), так и стоматологических заболеваний (кариес, глоссалгия, парестезия, заболевания периодонта) [1]. Кроме того, ксеростомия является одним из клинических признаков сиалолитиаза [4]. Все перечисленные факты в совокупности определяют актуальность избранной темы и обосновывают целесообразность представленного исследования.

Цель исследования – определить частоту встречаемости ксеростомии и других клинических признаков слюннокаменной болезни (СКБ) на амбулаторном стоматологическом хирургическом приеме у соматически практически здоровых пациентов.

Материалы и методы. Был осуществлен опрос-анкетирование 266 человек (182 (68,4%) женщин и 84 (31,6%) мужчин), возраст которых варьировал в пределах от 18 до 50 лет. Относительно возрастных групп респонденты были распределены следующим образом: 18-30 лет – 234 человека (88,0%) (168 женщин (63,2%) и 66 мужчин (24,8%)); 31-40 лет – 8 человек (3,0%) (2 женщины (0,8%) и 6 мужчин (2,3%)); 41-50 лет – 24 человека (9,0%) (12 женщин (4,5%) и 12 мужчин (4,5%)).

У всех респондентов в анамнезе не имели соматической патологии. Анкета, которую использовали при опросе, была разработана авторами и содержала три блока вопросов: паспортную часть; вопросы, касающиеся анамнеза жизни и стоматологического статуса пациента; вопросы, направленные на выявление ксеростомии и других клинических признаков СКБ.

Все полученные при исследовании сведений была составлена база данных, подвергнутых статистической обработке.

Результаты исследования. Жалобы на ксеростомию указали 13,5% (36) человек (10,5% (28) женщин и 3,0% (8) мужчин). Наличие пенистой слюны отметили 1,5% (4) человека (0,8% (2) женщин и 0,8% (2) мужчин). Затрудненное глотание имело место у 0,8% (2) женщин. Галитоз указали 6,8% (18) респондентов (5,3% (14) женщин и 1,5% (4) мужчин). В тоже время жалобы на тянущие боли в кожной проекции больших слюнных желез, припухлость данных участков челюстно-лицевой области, боль во время приема пищи, повышение температуры тела отсутствовали. Особого внимания заслуживает тот факт, что ксеростомию указали 13,5% опрошенных, и абсолютное их большинство принадлежало к возрастной группе 18-30 лет, что представляет собой принципиально новые данные.

Выводы. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований, направленных на разработку не инвазивных методов ранней диагностики СКБ и прогнозирования течения данного заболевания.

Литература

1. Морозова, С. В. Ксеростомия: причины и методы коррекции / С. В. Морозова, И. Ю. Мейтель // Медицинский совет. – 2016. – № 18. – С. 124–127. DOI: 10.21518/2079-701X-2016-18-124-127.
2. Распространенность и факторы риска ксеростомии на приеме у стоматолога-терапевта / Ю. Г. Тарасова [и др.] // Институт стоматологии. – 2023. – Т. 98, № 1. – С. 67–69.
3. Tanasiewicz, M. Xerostomia of various etiologies: a review of the literature / M. Tanasiewicz, T. Hildebrandt, I. Obersztyn // Adv. Clin. Exp. Med. – 2016. – Vol. 25, N 1. – P. 199–206. DOI: 10.17219/acem/29375.
4. The unique characteristics of sialolithiasis following drug-induced hyposalivation / G. Avishai [et al.] // Clin. Oral Investig. – 2021. – Vol. 25, N 7. – P. 4369–4376. DOI: 10.1007/s00784-020-03750-2.

ОРТОДОНТИЯ

Сравнительный анализ методов дистализации моляров с применением различных видов кортикальных опор

Абрамова А.И.

Аспирант

д.м.н., профессор Дыбов А.М.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

*Кафедра детской, профилактической
стоматологии и ортодонтии*

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

г. Москва, Российская Федерация

anufik777@mail.ru

Актуальность. Дистализация моляров — это важный аспект ортодонтического лечения, особенно при необходимости коррекции прикуса. Эффективность этой процедуры во многом зависит от типа кортикальных опор, используемых для достижения желаемых результатов. Сравнительный анализ минивинтов и минипластин с точки зрения биомеханики дистализации моляров позволяет повысить эффективность ортодонтического лечения пациентов со скученным положением зубов.

Цель исследования – проведение литературного анализа методики дистализации моляров с использованием различных видов кортикальных опор.

Задачи исследования:

1. Сравнить степень выраженности экструзионного момента при дистализации моляров с использованием различных видов кортикальных опор по данным клинического метода исследования
2. Определить параметры положения окклюзионной плоскости при использовании различных типов кортикальной опоры с применением трехмерного цефалометрического анализа.
3. Оценить динамику перемещения моляров при использовании различных типов кортикальных опор по данным цифровой биометрии.
4. Сравнить биомеханические аспекты перемещения зубов с применением различных видов кортикальных опор по данным методам математического моделирования.
5. Разработать алгоритм применения различных кортикальных опор в зависимости от клинической ситуации.

Материалы и методы: клиническое обследование; биометрический анализ моделей челюстей; рентгенологическое обследование (КТ, ТРГ в боковой проекции); метод конечных элементов (математический анализ); статистический метод.

Результаты исследования. Сравнительный анализ биомеханических характеристик. Эффективность перемещения: минивинты - скорость перемещения может быть ниже, использование минивинтов позволяет избежать избыточных напряжений на зубочелюстной системе, что может быть предпочтительным в некоторых клинических случаях; минипластины - позволяют достигать более быстрой дистализации моляров за счет прямого приложения силы, подходят для случаев, где требуется значительное перемещение в короткие сроки [1]. Устойчивость и безопасность: минивинты - меньшая инвазивность, возможен риск смещения или отторжения в случае длительного использования [2]; минипластины - обеспечивают надежную фиксацию, нивелирование неожиданных перемещений зубов, могут быть подвержены перегрузке и связанным с этим рискам, таким как резорбция костной ткани.

Выводы. Выбор между минивинтами и минипластинами для дистализации моляров должен основываться на индивидуальных потребностях пациента, анатомических особенностях, клинической картине и опытности ортодонта.

В конечном итоге, идеальный выбор метода должен учитывать баланс между эффективностью, безопасностью и комфортом для пациента, а также быть основанным на клиническом опыте и современном понимании биомеханики дистализации.

Литература

1. Использование индивидуализированной минипластины для дистализации зубов / Г.Г. Мазишвили, Н.А. Гусейнов, С.Ю. Иванов, А.А. Мураев // Стоматология. – 2023. – Т. 102, № 6. – С. 52–61.
2. Ritchie C. Temporary anchorage devices and the forces and effects on the dentition and surrounding structures during orthodontic treatment: a scoping review / C. Ritchie, S. McGregor, D.R. Bearn // Eur. J. Orthod. – 2023. – Vol. 45, N 3. – P. 324–337. DOI: 10.1093/ejo/cjac072.

**Стабильность ортодонтического лечения функциональных аномалий
окклюзии у детей в период смены зубов
Алёкина М.М.**

Соискатель степени к.м.н.

д.м.н., профессор Постников М.А.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ России

Кафедра стоматологии

г. Самара, Российская Федерация

g.margarita2106@yandex.ru

Актуальность. На современном этапе стабильность результата проведенного ортодонтического лечения является одним из важнейших критериев, которые характеризуют его качество. Известно, что аномалии окклюзии функционального происхождения имеют тесную патогенетическую связь с миофункциональным дисбалансом челюстно-лицевого комплекса, который обычно возникает в результате нарушения равновесия между давлением язычной мышцы изнутри и мышцами щек и губ снаружи [1]. О.И. Арсениной с соавт. [2] определено, что нарушения артикуляции языка могут приводить к формированию анатомо-функциональных нарушений зубочелюстного комплекса, которые наиболее часто выражаются сужением зубоальвеолярной дуги верхней челюсти и не заполнением купола неба языком, формированием дистальной окклюзии, сагиттальной резцовой окклюзии и чаще всего вертикальной резцовой дизокклюзии (ВРД). ВРД, обусловленная инфантильным типом глотания (ИТГ) у растущих пациентов, является одной из наиболее сложных форм в лечении, которая во многом предполагает ортодонтическое лечение в сочетании с миофункциональной терапией (МФТ) с целью нормализации положения и функции языка [3]. Однако некоторые авторы указывали, что при ортодонтическом расширении верхней челюсти и создании пространства для языка в куполе неба он будет стремиться заполнить пустое пространство в полости рта в результате адаптивной перестройки нейромышечных цепочек [4].

Цель исследования – оценка стабильности ортодонтического лечения ВРД у детей с ИТГ в период сменного прикуса.

Материалы и методы. В ходе исследования было проведено ортодонтическое лечение 120 детей от 6 до 12 лет ($M = 8,1 \pm 1,4$) с ВРД и ИТГ. Критериями включения служили: возраст 6-12 лет, период сменного прикуса, наличие ИТГ и ВРД, отсутствие врожденных пороков развития челюстно-лицевой области (ЧЛО) и общесоматической патологии в анамнезе, контактные дети со стадией созревания небного шва А и В согласно рентгенологическому обследованию, наличие информированного согласия на включение ребенка в исследование. Всем пациентам проводилось клинко-рентгенологическое обследование до начала ортодонтического лечения и в ретенционном периоде спустя 4 и 8 месяцев после лечения. Пациентов распределили на 2 группы: Гр. I – 60 детей, которым согласно плану лечения применяли ортодонтическое расширение верхней челюсти с применением аппарата Хаас, Гр. II – 60 детей, план лечения которых включал ортодонтическое расширение верхней челюсти с применением аппарата Хаас и МФТ. Оценку стабильности ортодонтического лечения проводили с помощью клинической оценки величины межзубной щели в вертикальной плоскости и КТ-исследования черепа, на котором оценивали заполнение языком купола неба. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel. Значения считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При проведении клинко-рентгенологического обследования ВРД в результате нарушения функции языка была подтверждена у всех 120 детей. При клинической оценке величины межзубной щели в вертикальной

плоскости спустя 4 месяца лечения в обеих группах произошло уменьшение вертикальной щели на $1,6 \pm 0,4$ мм ($p = 0,01$). При анализе КТ-исследования черепа в Гр. I улучшение расположения языка относительно неба наблюдалось у 44% детей, в то время как в Гр. II этот показатель составил 70% ($p < 0,05$). Однако, спустя 8 месяцев лечения результаты анализа КТ-исследования черепа не показали статистически значимых различий в обследуемых группах и улучшения положения языка в Гр. I наблюдалось у 80% обследуемых, в Гр. II – у 82% соответственно ($p < 0,05$). Также обращает на себя внимание тот факт, что в Гр. I – улучшение прилегания языка преимущественно наблюдалось в передней и средней трети твердого неба, а в Гр. II в передней, средней и задней его трети. Клиническая оценка величины щели в вертикальной плоскости спустя 8 месяцев лечения у $79 \pm 4,8\%$ растущих пациентов обеих групп осталась стабильной, или уменьшила свой показатель на $0,8 \pm 0,3$ мм ($p = 0,01$).

Выводы. В ходе проведенного исследования удалось установить, что стабильность лечения ВРД, обусловленной ИТГ у растущих пациентов в возрастном периоде сменного прикуса, составила $79 \pm 4,8\%$ ($p = 0,01$). Анализ клинорентгенологического обследования спустя 4 и 8 месяцев лечения дает основание полагать, что МФТ способствует более быстрой перестройки нейромышечных цепочек в результате контролируемой тренировки всех отделов языка, что способствует его правильному верхнему положению и заполнению всеми отделами купола неба.

Литература

1. Предикторы аномалий окклюзии зубных рядов у детей в периодах временного прикуса (часть 1) / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин, Т.И. Рудавина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2023. – Т. 23. – № 2. – С. 124-131.
2. Комплексная диагностика и лечение пациентов с сужением и деформацией верхней челюсти / О.И. Арсенина, Н.В. Попова, П.И. Махортова // Клиническая стоматология. – 2018. – Т. 1. – С. 51-54.
3. Cenzato N. Open bite and atypical swallowing: orthodontic treatment, speech therapy or both? A literature review / N. Cenzato, L. Iannotti, C. Maspero // Eur J Paediatr Dent. – 2021. – Vol. 22, № 4. – P. 286-290.
4. Амиг Жан. П. Зубочелюстная система. Стоматологическая концепция. Остеопатическая концепция. 2-е изд. / Жан. П Амиг // СПб : Изд-во Невский ракурс, 2024. – 240 с. – ISBN 978-5-905107-81-8.

Реализация потенциала апикальной дистализации вторых моляров верхней челюсти у пациентов европеоидной популяции

Арустамов Х.А.

Ординатор

д.м.н., профессор Дыбов А.М.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра стоматологии

г. Москва, Россия

x.arustamov@mail.ru

Актуальность. В современную стоматологию происходит активная интеграция цифровых технологий и инструментов по диагностике, планированию и лечению пациентов. Интеграция новых диагностических инструментов в ортодонтию предположительно позволит проводить более детализированную диагностику и разрабатывать предсказуемую стратегию лечения как для врача, так и для пациента [1,2].

Врач-ортодонт в клинической практике зачастую сталкивается с дефицитом места при лечении скученности, а также камуфлирования скелетной аномалии окклюзии. Одним из наиболее биологически приемлемых методов получения пространства в ортодонтии является дистализация [3]. Проблематика применения вышеописанного метода лечения заключается в отсутствии возможности прогностической оценки клинически получаемого пространства в периметре зубных рядов. В рамках предыдущего исследования нами была предложена методология по оценке потенциала истинной (корпусной) дистализации на верхней и нижней челюсти в трехмерной среде [4].

Цель исследования – анализ результатов дистализации на верхней челюсти у пациентов европеоидной популяции, применяя разработанную нами методологию по предварительной оценке потенциала дистального перемещения зубов.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили ретроспективные данные КЛКТ пациентов на этапе планирования ортодонтического лечения и после проведения дистализации. В процессе анализа проведенных перемещений мы обнаружили, что наиболее информативными данными по оценке объема истинной дистализации на верхней челюсти является расстояние, пройденное небным корнем вторых постоянных моляров. Измерение выполнялось между наиболее передними точками на мезиальной поверхности небного корня на расстоянии 3 мм от рентгенологической верхушки (L1), на уровне бифуркации корней (L2) и на уровне экватора коронковой части зуба (L3), параллельно предположительному вектору дистализации.

Результаты исследования. Медианным значением по реализации предположительного потенциала корпусной (истинной) дистализации составило 43%. Объем полученного пространства в апикальной области (L1) варьировался от 0,13 мм до 1,3 мм ($0,8 \pm 0,47$) в области бифуркации (L2) от 0,55 мм до 1,99 мм ($1,04 \pm 0,43$), а в области экватора коронки (L3) от 1,12 мм до 2,36 мм ($1,41 \pm 0,49$). Соотношение полученного пространства L1/L2/L3 свидетельствует о большем влиянии ангуляционного наклона зуба на клинически значимый объем получаемого пространства. Значения, полученные в области экватора коронки (L3) от 1,12 мм до 2,36 мм ($1,41 \pm 0,49$) предположительно, можно интерпретировать как клинически значимое пространство. Также, было обнаружено, что у пациентов с клинически значимым объемом дистализации (L3) происходила ротация в области небного корня в дистальном направлении.

Выводы. Полученные результаты исследования позволяют предположить, что клинический объем истинной дистализации может быть недостаточен для разрешения

выраженной скученности и камуфлирования аномалий окклюзии скелетного характера. Наблюдение ротационных и ангуляционных перемещений зубов в процессе дистализации является препятствием для реализации потенциала истинной дистализации, что может быть сопряжено как с применяемой биомеханикой ортодонтического лечения, так и с физиологическими особенностями перемещения зубов пациентов и станет целью наших дальнейших исследований.

Литература

1. Персин, Л.С. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций / Л.С. Персин. – Москва: ГОЭТАР-Медиа, 2022. – 640 с. – ISBN: 978-5-9704-6891-3.
2. Contemporary orthodontics. 6th edition / William R. Proffit, Henry W. Fields, B. Larson, David M. Sarver ; Elsevier Science, 2018. – 744 p. ISBN: 9780323543873.
3. Bayome M. Distalization of maxillary molars using temporary skeletal anchorage devices: A systematic review and meta-analysis / M. Bayome, J.H. Park, Y.A. Kook // Orthod Craniofacial Res. – 2021. – Vol. 24, № S1. – P. 103–112. DOI: 10.1111/ocr.12470.
4. Арустамов, Х.А. Потенциал дистализации моляров верхней и нижней челюсти у пациентов европеоидной расы с различными челюстными соотношениями / Х.А. Арустамов // Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых с международным участием (16 апреля 2024 г.; г. Москва) – М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2024. – С. 192–193.

Особенности биомеханики зубочелюстной системы и височно-нижнечелюстного сустава при одностороннем дистально неограниченном дефекте зубного ряда

Болдырь Е.Д.

Студент

д.п.н., доцент Шемякина С.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Кафедра физики, математики и информатики

г. Волгоград, Российская Федерация

E_Boldyr@rambler.ru

Актуальность. Зубочелюстная система имеет сложное анатомическое строение. Она выполняет множество различных функций [1]. Форма, расстановка зубов, строение периодонта, зубных рядов, височно-нижнечелюстных суставов различаются в зависимости от нагрузки, возникающей при жевании [2]. Изменения в зубочелюстной системе, вызванные потерей части зубного ряда, проявляются комплексом симптомов и приводят к нарушению жевания, жевательных движений челюстей, изменениям в височно-нижнечелюстном суставе.

Цель исследования – проанализировать воздействия одностороннего дистально неограниченного дефекта зубного ряда на развитие патологий зубочелюстной системы, выявить особенности дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Анализ научной литературы на тему влияния отсутствия боковых групп зубов на изменение биомеханики челюстно-лицевой области.

Результаты исследования. Образование дистально неограниченного дефекта зубного ряда приводит к выдвижению и наклону зубов к месту дефекта. Потеря моляров нижней челюсти ведет к искривлению головок. Проекционная длина нижней челюсти на этой стороне становится короче по сравнению с нормой. Резцовый центр нижней челюсти смещается в сторону. При отсутствии жевательной группы зубов пациенты жалуются на нарушение акта жевания, неудобства при жевании, плохое пережевывание пищи, травмирование и болезненность слизистой оболочки десны. При отсутствии большого количества зубов западают мягкие ткани щек и губ [3]. Значительная потеря зубов обычно сопровождается подвывихом или вывихом височно-нижнечелюстного сустава [4]. При потере боковых зубов, оставшиеся зубы начинают выполнять нехарактерную для них функцию, происходит снижение жевательной эффективности за счет уменьшения площади окклюзионных контактов и изменения окклюзионной нагрузки. Резцы и клыки подвергаются повышенному стиранию [3]. Дистальные дефекты зубных рядов обычно приводят к нарушению окклюзии, что является наиболее частой причиной нарушения координированной работы жевательных мышц и функционального расстройства височно-нижнечелюстного сустава [4]. Амплитуда потенциалов мышечных сокращений уменьшается на стороне отсутствующих контактов зубов. Появившаяся разобщенность жевательных мышц ведет к функциональным нарушениям в височно-нижнечелюстном суставе [5]. Наличие одностороннего дистально неограниченного дефекта зубного ряда приводит к ассиметричной работе височно-нижнечелюстного сустава и увеличению до 50 градусов угла суставного сагиттального пути, межокклюзионного пространства на 2–3 мм [4].

Выводы. Утрата зубов с образованием дистально неограниченных дефектов зубного ряда способствует выдвижению и наклону зубов, оказывает влияние на окклюзию, функцию жевательных мышц и височно-нижнечелюстной сустав. Компенсаторные механизмы (перегрузка оставшихся зубов и односторонний тип жевания) приводят к функциональным нарушениям: ассиметричной работе ВНЧС. Таким образом, ранняя диагностика и своевременное протезирование дистальных дефектов зубного ряда являются критически важными для предотвращения развития

более серьезных и необратимых нарушений в зубочелюстной системе и поддержания ее функциональной полноценности.

Литература

1. Механический фактор развития и функционирования зубочелюстной системы человека / В.М. Тверье, Е.Ю. Симановская, Ю.И. Няшин // Российский журнал биомеханики. – 2005. – Т. 9. – № 2. – С. 34-42.
2. Биомеханическое описание структуры костных тканей зубочелюстной системы человека / В.М. Тверье, Е.Ю. Симановская, А.Н. Еловикова [и др.] // Российский журнал биомеханики. – 2007. – Т. 11. – № 1. – С. 9-24.
3. Лебеденко И.Ю. Ортопедическая стоматология. Том 1: национальное руководство : в 2 т. / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. Серия "Национальные руководства" ISBN978-5-9704-8679-5.
4. Роль концевых дефектов зубных рядов в развитии дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Коннов, Н.Е. Пичугина, А.Р. Арушанян [и др.] // Медицинский алфавит. – 2020. – № 35. – С. 39-43.
5. Результаты изучения биоэлектрических потенциалов жевательных мышц и движений нижней челюсти у пациентов с использованием функционально-диагностического комплекса / Л.В. Дубова, А.С. Мельник, А.А. Ступников [и др.] // Dental Forum. – 2016. – № 4 (63). – С. 27-28.

Факторы, ограничивающие доступность ортодонтической помощи взрослому населению по результатам анкетирования

Гончарик К.И., Алейникова В.А.

Студент, студент

ст. преп. Лях М.А.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

г. Минск, Республика Беларусь

kostya.august2003@gmail.com

Актуальность. Значительная часть пациентом обращается за соответствующей помощью по эстетическим показаниям, ортодонтическое лечение в последние годы все больше выходит за рамки детского население и приобретает важное значение в комплексном стоматологическом лечении при имплантации, протезировании и лечении заболеваний периодонта. Несмотря на это, остается высоким удельный вес пациентов, отказывающихся от ортодонтического лечения по тем или иным причинам, что требует их выявления и изучения, с целью разработки программ мотивации и профилактики стоматологических заболеваний среди населения [1,2].

Цель исследования – выявить факторы, ограничивающие доступность (влияющие на мотивации пациента) ортодонтической помощи для населения.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты анонимного анкетирования 102 граждан Республики Беларусь в возрасте от 18 до 74 лет ($29,02 \pm 12,93$). Распределение по полу респондентов – 61,76% – женщины, 38,24% – мужчины. В выборке представлены ответы граждан, проживающих в Брестской (12,75%), Витебской (8,82%), Гомельской (8,82%), Гродненской (7,84%), Минской (7,84%) и Могилевской (17,65%) областях, а также в г. Минске (36,27%). Анкетирование респондентов проводилось с использованием веб-сервиса Google Forms. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel 2013, Past 4.16с, методом вариационной статистики с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. В ходе анкетирования респондентам было предложено ответить на ряд вопросов, касающихся ортодонтического здоровья и опыта обращения за ортодонтической помощью. На момент исследования нарушения зубочелюстной системы отмечаются у 41,18%, при этом 69,61% опрошенных имели нарушения в анамнезе. Доля лиц, обращавшихся за ортодонтической помощью, составила 56,86%, при этом 23,53% респондентов из общей выборки обращалась во взрослом возрасте. В случае, если респондент имеет нарушения зубочелюстной системы, но не проходил/не проходит соответствующее лечение, было предложено указать причины последнего – наиболее частым, ограничивающим лечение фактором в 71,43% случаев является высокая стоимость ортодонтических услуг, а также дискомфорт и сложность выполнения рекомендаций в процессе лечения – 30,95% и 23,81%, соответственно. Меньшее значение имели территориальная недоступность (14,29%) и негативный опыт при обращении за другими видами стоматологической помощи (7,14%).

Выводы. Наиболее значимыми причинами, ограничивающими согласие пациента на ортодонтическое лечение является высокая стоимость услуг, а также низкий уровень мотивации пациента со стороны врача-стоматолога как ортодонтического профиля, так и других специальностей при проведении комплексного стоматологического лечения.

Литература

1. Митин, Н.Е. Влияние стоматологического ортодонтического лечения на самооценку и качество жизни стоматологических пациентов / Н.Е. Митин, В.Э. Тихонов В.Э., М.И.

- Гришин // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – Т. 17. – № 4. – С. 349-353.
2. Общая ортодонтия: учеб. пособие / И.В. Токаревич [и др.]. – Минск: БГМУ, О-28 2023. – 177 с. ISBN 978-985-567-612-7.

Субклинические формы асимметрий лицевого скелета черепа

Лабазанова А.А.

Соискатель кафедры

д.м.н., Дыбов А.М.

*ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова* *Министерства здравоохранения Российской Федерации*
(Сеченовский университет)

Кафедра детской, профилактической стоматологии и ортодонтии

Института стоматологии им. Е.В.Боровского

г. Москва, Российская Федерация

labazanova05@mail.ru

Актуальность. Скелетные асимметричные аномалии лицевого скелета черепа являются одной из наиболее часто встречающихся проблем в современной стоматологии. Они распространены как в России, так и зарубежом. Распространенность варьируется от 60 до 85%.

Асимметриями лицевого скелета можно называть несоответствие структур двух половин лица по форме или размеру. Эта патология может быть, как врожденной, так и приобретенной. При этом могут наблюдаться как функциональные, так и эстетические нарушения.

Исследования показали, что существуют различные факторы, влияющие на возникновения этой патологии. Среди них можно выделить асимметрии костных структур, асимметрии, вызванные функциональными нарушениями, мышечные асимметрии, асимметрии, возникшие в результате новообразований, суставные асимметрии и так далее [1].

Цель исследования — своевременное проведение диагностики асимметричных деформаций челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. среди методов диагностики выделяются: визуальный осмотр, опрос, фотометрия, рентгендиагностика и анализ диагностических моделей челюстей пациентов.

Результаты исследования. Клинические проявления патологии могут сказываться на психосоциальных аспектах человека. Асимметрия лица может влиять на самооценку пациентов и их социальное взаимодействие, что подчеркивает важность своевременной диагностики и лечения. Клинические проявления асимметрий чаще проявляются на уровне нижней трети лица в виде смещения костных структур от срединно-сагиттальной линии [2].

Асимметрия лица может оказывать негативное воздействие на функции жевания, глотания и дыхания, что может негативно сказываться на качестве жизни пациента. Существуют различные способы коррекции асимметрий. Они включают в себя ортодонтическое лечение, хирургическое лечение или комбинированный подход. Выбор тактики лечения зависит от степени и яркости выраженности асимметрий, а также от желания пациента [3].

Результаты: раннее выявление этиоморфологических факторы, влияющие на развитие асимметрий у детей и подростков, может способствовать профилактике развития изучаемой патологии.

Выводы. алгоритм ранней диагностики асимметричных проявлений нарушения окклюзионных соотношений у детей может способствовать повышению эффективности этиоморфологического лечения и повысить вероятность гармоничного формирования челюстно-лицевой области.

Литература

1. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / У.Р. Проффит, Г.У. Филдз, Д.М. Савер; пер. с англ. В. Ю. Халатова ; 5-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – 711 с.
2. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармонического развития зубочелюстной системы: учебное пособие / Л. С. Персин, Т. Ф. Косырева. – Москва: Центр "Ортодент", 1996. – 45 с.
3. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций / Л.С. Персин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640 с.

Эффективность сплент-терапии сквозь призму пациентов

Полякова Д.О., Трапезина П.М.

Старший лаборант, ординатор

д.м.н., профессор Картон Е.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Кафедра ортодонтии

г. Москва, Российская Федерация

sp.polia@yandex.ru

Актуальность. На сегодняшний день заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) носят распространенный характер среди пациентов с зубочелюстными аномалиями. Наиболее часто встречающейся патологией сустава является дисфункция, которая встречается у 30–80% населения [1,2]. Мышечно-суставная дисфункция - нарушение координированной функции жевательных мышц и взаимного расположения элементов ВНЧС, что проявляется различными сочетаниями таких симптомов, такие как боль в околоушно-жевательной области, щелчки в суставе при движении нижней челюсти, быстрая утомляемость жевательных мышц, их болезненная пальпация и повышенный тонус [3,4]. В настоящее время одним из современных методов коррекции и лечения дисфункции ВНЧС консервативным способом является сплент-терапия. Данный способ представляет собой применение дистракционной лечебно-диагностической каппы, что позволяет последовательно и выборочно воздействовать на тот или иной уровень нарушений: окклюзионный, мышечный, суставной. Это в итоге формирует новый миостатический рефлекс удержания челюсти, выстраивает физиологичную биомеханику и нервно-мышечную активность речежевательного аппарата и стоматогнатической системы в целом [3]. Противоречивость данных об эффектах консервативного лечения объясняется непостоянством и неспецифичностью клинических проявлений, а также отсутствием подробных диагностических алгоритмов.

Цель исследования – усовершенствование методов диагностики дисфункции ВНЧС.

Материалы и методы. На базе кафедры ортодонтии Российского университета медицины было отобрано 24 пациента в возрасте от 18 до 35 лет, обратившихся с дисфункцией ВНЧС. Всем пациентам проходили по единому протоколу обследования: идентификация жалоб, сбор анамнеза, клинический осмотр, пальпация мышц головы и шеи, медицинский фотопротокол, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), снятие оттисков, загипсовка моделей в артикулятор с использованием лицевой дуги. Локализация болевых ощущений пациентов определялась по карте боли, разработанной Мариано Рокабадо (M. Rosabado). Для фиксирования жалоб и ощущений в момент обращения пациента и последующего лечения дисфункции ВНЧС был разработан опросник, состоящий из 16 вопросов. Вопросы опросника учитывают наличие болей и щелчков при движении нижней челюсти, характер сна по ночам, постуральные проблемы и другие. Опрос проводился до, во время и после проведения сплент-терапии.

Результаты исследования. По результатам клинического обследования было проведена пальпация в области ВНЧС по карте боли Рокабадо, исходя из которой: у 17 пациентов имелись боли №2 и №6, связанные с положением диска и указывают на переднюю и заднюю плотность участков диска, вследствие микротравмы диска, смещенного под нагрузкой; у 7 пациентов – боли №1 и №3, которые обусловлены начальными признаками дисфункционального процесса вследствие кондиллярной гипермобильности [5]. При изучении КЛКТ исследования деструктивных поражений ВНЧС не было обнаружено. При изучении МРТ у 17 пациентов визуализировалась репозиция суставного диска без смещения. Всем пациентам был установлен трехкомпонентный сплент на верхнюю челюсть с условием круглосуточного ношения

на протяжении до 6 месяцев. Коррекция спланта проводилась в несколько этапов: 1) После установки спланта в первые 2 месяца с регулярностью 1 раз в 14 дней; 2) При получении стабильных контактов на молярах – 1 раз в месяц. На этапах коррекции 1 раз в месяц, пациенты заполняли опросник, для фиксации изменений жалоб и качества жизни. После достижения стабильного множественного контакта по зубному ряду, который не менялся в течение 3 месяцев, проводили повторный опрос и диагностику, на основании которых принималось решение об окончании лечения. По результатам данного опроса было установлено, что 91.7% пациентов отмечают значительное улучшение качества жизни, обусловленное исчезновением болей в области ВНЧС как самостоятельных, так и при откусывании и пережевывании пищи, а у 8.3% - жалобы остались без изменений. Выявлено: 66.7% пациентов - не помнят в полной мере изначальных жалоб и ощущений до момента начала лечения; 25% пациентов - отрицают, что когда-либо имели данные симптомы; 8.3% пациентов - детально помнят свои жалобы на момент обращения.

Выводы. Таким образом, при лечении дисфункции ВНЧС с применением сплонт-терапии важно использовать детализированный опросник, основанный на субъективных ощущениях пациентов как до лечения, во время ношения, так и после окончания терапии. Ведь пациенты после улучшения состояния забывают свои первоначальные жалобы, и ощущения до начала лечения. В результате использования данного опросника можно отследить динамику лечения дисфункции ВНЧС с применением сплонт-терапии.

Литература

1. Дробышев А.Ю., Васильев А.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – Москва: ГОЭТАР-Медиа, 2022. – С. 108–125.
2. Ляшев И.Н., Дыбов А.М. Анализ эффективности хирургической коррекции интракапсулярных нарушений височно-нижнечелюстного сустава // Клиническая практика. – 2019. – № 2. – С. 7–9.
3. Тихонов В.Э. Сплонт-терапия как отдельный подход в рамках комплексного лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с точки зрения физиологических понятий // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2021. – № 3. – С. 447–448.
4. Хватова В.А., Абакаров С.И. Дисфункции и заболевания височно-нижнечелюстного сустава: учеб. пособие. – Москва, 2013. – С. 5, 27.
5. Espinoza S., Varela D., Richter C., Sepúlveda G., Marfull N. Reproducibility of the Rocabado pain map // Cranio. – India, 2023. – Vol. 41, № 2. – P. 112–118.

Окклюзионно-постуральные взаимодействия: взаимосвязь между центральным соотношением и естественным положением головы

Стаханова С.А.

Аспирант

д.м.н., доцент Дыбов А.М.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

sabina_st1999@mail.ru

Актуальность. Ортодонты, ортопеды и хирурги обладают арсеналом средств, способных изменить взаимоотношения зубов, приблизив положение нижней челюсти к центральному соотношению. Но, при изменении положения нижней челюсти относительно черепа, возможно, перестраиваются мышечно-связочные цепи [1], и меняется положение головы. Такая смена положения является адаптационной в ответ на смещение центра тяжести. Возможно, присутствует и обратный эффект: при усилении привычного наклона головы сила жевательной нагрузки может сохранять свою направленность параллельно силе гравитации, изменяя мышечный тонус на стороне наклона и приводя к перестройке окклюзионной нагрузки и окклюзионных контактов. Однако данные предположения на данный момент не доказаны, что представляет научный интерес сразу для нескольких специальностей.

Цель исследования – определение взаимосвязи между центральным соотношением и естественным положением головы

Материалы и методы. Был проведён обзор литературы по базам данных PubMed, Cochrane Library и DisserCat. Поиск литературы охватывал материалы с января 2015 г. по апрель 2025 г.. Суммарно количество найденных статей составило 3970, путем фильтрации их по критериям: соответствие качества статьи обзору или систематическому обзору, наличие полного текста в доступе, соответствие выбранной теме; было отобрано 13 статей, подходящих под исследование.

Результаты исследования. Сложно реализовать концепцию естественного положения головы в повседневной клинической практике [2,3,5]. В исследованиях часто не учитывается привычная кранио-вертебральная позиция [4,6,7], что может осложнять оценку морфо-этиологических факторов скелетных асимметрий. Так же в доступной литературе отсутствуют достоверные данные о стандартизированном методе позиционирования головы и языка [8] во время получения трехмерных рентгеновских исследований. Существует взаимосвязь между осанкой и вероятностью развития височно-нижнечелюстных расстройств [9]. В трех обзорах в 63%-66.7% исследований был сделан вывод о том, что различные модификации окклюзионной схемы влияют на осанку [10,12,14]. В двух обзорах не удалось объединить данные для мета-анализа из-за одновременного наличия сопутствующих аномалий и недостатка данных [11,13].

Выводы. Основной вывод большинства проанализированных обзоров заключается в необходимости дальнейшего проведения исследований и систематизации накопленных знаний с целью создания алгоритма дифференциальной диагностики асимметричных аномалий окклюзии с учетом постурального компонента.

Литература

1. Okeson, J.P. Management of temporomandibular disorders and occlusion. – 7th ed. – St. Louis: Elsevier, 2019. – P. 73–77.
2. Natural head position: an overview / N. Meiyappan, S. Tamizharasi, K. Senthilkumar // J. Pharm. Bioallied Sci. – 2015. – Vol. 6, Suppl. 1. – P. 424.

3. Natural position of the head: review of 2D and 3D methods of recording / D. Cassi, C. De Biase, I. Tonni // *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2016. – Vol. 54, № 3. – P. 233–240.
4. Evaluating cranial landmarks for yaw orientation in NHP: a 3D study / S. Münevveroğlu, G. Gürler, A. Özel // *Clin. Oral Investig.* – 2024. – Vol. 28, № 10. – P. 535–562.
5. Accuracy of different modalities to record NHP in 3D: a systematic review / M. Leung, Y. Ming, J. Lo // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2016. – Vol. 74, № 11. – P. 2261–2284.
6. Barcelona line: a multicentre validation study of a facial projection reference in orthognathic surgery / Ñ.F. Hernández // *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2023. – Vol. 61, № 1. – P. 3–11.
7. Determining the occlusal plane: a literature review / P. Mazurkiewicz // *J. Craniomandib. Sleep Pract.* – 2022. – Vol. 40, № 4. – P. 341–347.
8. Effect of head and tongue posture on the pharyngeal airway dimensions and morphology in 3D imaging: a systematic review / S. Gurani, G. Carlo, P. Cattaneo // *J. Oral Maxillofac. Res.* – 2016. – Vol. 7, № 1. – P. 3–14.
9. Correlation between TMD and posture evaluated through the DC for TMD: a systematic review / G. Minervini, R. Franco, M. Marrapodi // *J. Clin. Med.* – 2023. – Vol. 12, № 7. – P. 2652.
10. To evaluate whether there is a relationship between occlusion and body posture as delineated by a stabilometric platform: a systematic review / S. Álvarez, C. González, D. Castaño // *Cranio.* – 2023. – Vol. 41, № 4. – P. 368–379.
11. Dental occlusion and body balance: a question of environmental constraints? / S. Julià, H. Álvarez, M. Burtscher // *J. Oral Rehabil.* – 2019. – Vol. 46, № 4. – P. 388–397.
12. Methods of postural analysis in connection with the stomatognathic system: a systematic review / C. Ioniță, A. Petre, R. Cononov // *J. Med. Life.* – 2023. – Vol. 16, № 4. – P. 507–514.
13. Dentofacial dysmorphoses: distant links with musculoskeletal system and posture / N. Papelard, S. Gebeile-Chauty // *Orthod. Fr.* – 2020. – Vol. 91, № 4. – P. 347–360.
14. The relationship between orthodontic abnormalities and spinal deformities: a literature review / Y. Pastorello, P. Buzgau, I. Barna // *Cureus.* – 2025. – Vol. 17, № 3. – P. 1–9.

Состояние тканей полости рта и показателей ротовой жидкости пациентов с ювенильным ревматоидным артритом
Чертихина А.С., Зарецкая Э.Г.

Аспирант, аспирант

д.м.н., профессор Картон Е.А., к.м.н., доцент Островская И.Г.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
Кафедра ортодонтии
г. Москва, Российская Федерация
cherarina7@gmail.com

Актуальность. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является самым распространенным аутоиммунным воспалительным заболеванием соединительной ткани у детей. В настоящее время ЮРА встречается чаще, чем большинство других ревматических заболеваний, что влечет за собой серьезные функциональные нарушения и социальную адаптацию у детей.[1] Проявляется данное заболевание в период активного роста и сопровождается прогрессирующим разрушением суставов, включая височно-нижнечелюстной сустав (в 45% случаев) и приводит к устойчивым изменениям в опорно-двигательном аппарате.[2,3] Это негативно сказывается на форме лица, росте и развитии зубочелюстной системы, особенно на ширине открывания рта. Кроме того, страдают твердые и мягкие ткани полости рта, на которые влияют общее состояние здоровья ребенка, артрит верхних конечностей, фармакотерапия, изменения в секреции и составе слюны, воспаление височно-нижнечелюстного сустава, а также деформация суставов и лица.[4] Существуют подробные описания клинической картины и рентгенологических данных для различных подтипов ЮРА, однако исследований, касающихся состояния полости рта у детей с этим заболеванием, недостаточно.

Цель исследования – оценить состояния зубочелюстной системы и показатели ротовой жидкости у пациентов с ЮРА.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 89 пациентов с диагнозом ревматоидный артрит. Обследуемые разделены на две возрастные группы: I группа - от 6 до 12 лет (сменный прикус) и II группа – от 13 до 18 лет (постоянный прикус). Собрана ротовая жидкость с последующей обработкой и оценкой местного иммунитета полости рта, суммарного ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов: иммуноглобулины класса А и G, фактор некроза опухоли- α (ФНО), объема и pH ротовой жидкости.

Результаты исследования. Стоматологического обследование детей с ЮРА показало, что плохая гигиена полости рта (ИГР-У более 2,6) была у 41(46%) обследуемых, неудовлетворительная (ИГР-У от 1,7 до 2,5) у 33(37%) пациентов, удовлетворительная (ИГР-У от 0,7 до 1,6) у 12(13%) и хорошее качество гигиены(ИГР-У менее 0,6) наблюдалось только у 3 (4%) пациентов. У 65 (73%) детей с ЮРА был выявлен хронический катаральный гингивит. У II группы пациентов отмечены явления дефлексии нижней челюсти (34%) и девиация нижней челюсти (29%). У 61 (68%) пациента с ЮРА присутствовали шумы в области ВНЧС.

В ротовой жидкости у пациентов, принимающих противоревматическую терапию, ревматоидный фактор был снижен, но в тоже время, наблюдалось значительное повышение данного фактора у пациентов, принимающих в качестве терапии нестероидные противовоспалительные препараты. Показатели местного иммунитета (иммуноглобулины класса А и G) у 89 детей были снижены относительно нормы. ФНО был повышен у 15 детей, которые болеют более 3 лет и принимают на постоянной основе противоревматические препараты. При определении объема ротовой жидкости, собранной в течение 5 минут, мы получили данные, что у 89 пациентов объем варьировался от 1,5 до 3 мл, в тоже время значения pH ротовой жидкости составило 5,8-6,3.

Выводы. Таким образом, исходя из полученных данных можно сделать вывод, что у большинства пациентов с ЮРА наблюдается плохой или неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Данные исследования ротовой жидкости показали, что необходимо более детально и подробно изучить изменения местного иммунитета полости рта, а также провести подробную корреляцию с показателями крови. Результаты исследования показали, что у 87,9% пациентов с ЮРА наблюдалась дистальная окклюзия, а у 66% была отмечена глубокая резцовая окклюзия/дизокклюзия. Необходимо отметить, что у пациентов с ЮРА старше 12 лет следует уделять особое внимание проявлениям дисфункции ВНЧС и проводить комплексную диагностику, не только суставов верхних и нижних конечностей, а также ВНЧС.

Литература

1. Юдина Н.А. Заболевания пародонта и ревматоидный артрит: этиопатогенетическое сходство и возможности ранней диагностики. // Инновации в стоматологии. – 2014. – № 4 (6). – С.61-64.
2. Адмакин, О.И. Клинико-иммунологическая характеристика состояния органов полости рта у детей с ювенильным ревматоидным артритом / О.И. Адамакин, Ю.А. Козлитина // Стоматология. - 2011. – №6. – С.77-79.
3. Козлитина Ю.А. Особенности местного иммунитета полости рта у детей с ревматическими заболеваниями. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. –Т.7, №1. – С. 300-301.
4. Ferrazzo K.L. Diagnosis of juvenile idiopathic arthritis with asymptomatic involvement of the temporomandibular joint: A case report / K.L. Ferrazzo, A. Thomas et al. // Spec. Care Dentist. – 2023. – Vol. 43, № 2. – P. 267–275.

СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ

Оценка эффективности и анализ развития Cad/Cam технологий на основе сравнения оборудования фирмы Sirona Горбунова М.В.

Студент

к.м.н., доцент Кочконян Т.С.

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра ортопедической стоматологии
г. Краснодар, Российская Федерация
egorowna76@mail.ru*

Актуальность. Цифровые технологии совершили революцию в ортопедической стоматологии, предоставив возможность изготовления реставраций с высокой точностью и предсказуемостью. Фирма CAD/CAM Sirona стала неотъемлемой частью современной зуботехнической лаборатории и стоматологического кабинета. За последние десятилетия система Cerec претерпела значительные изменения, эволюционировав от Cerec 1 к системе Cerec Prime, характеризующимся повышенной автоматизацией, точностью и функциональностью.

Цель исследования – оценить эффективность систем Cerec 3D и Prime в ортопедической стоматологии по следующим параметрам: точность, краевого прилегание, окклюзионная адаптация, время изготовления реставрации.

Материалы и методы. В данном исследовании рассматривается процесс изготовления коронки в лабораторных условиях с использованием фирмы CAD/CAM Sirona, системой CEREC, включающей сканер Prime Scan, Prime Mill и CEREC 3D. В качестве материала для коронки был использован дисиликат лития.

Результаты исследования. Использование CAD/CAM системы CEREC для изготовления коронки демонстрирует ряд преимуществ по сравнению с традиционными методами. Преимущества Cerec 3D: 1. Управляемость процесса: Врач имеет полный контроль над процессом изготовления реставрации, начиная от сканирования и заканчивая фрезерованием. Прямой метод: Возможность изготовления реставраций непосредственно в кабинете врача сокращая время лечения и устраняя необходимость в отправке оттисков в зуботехническую лабораторию. К недостаткам относятся: 1. Размер сканируемой области - сканер CEREC 3D имел меньшую область сканирования, что затрудняло работу с большими дефектами и полными дугами, а также зависимость от одной системы. Преимущества: 1. Автоматическое удаление артефактов: Программное обеспечение PrimeScan AC автоматически удаляет артефакты сканирования, такие как слюна и мягкие ткани, что повышает точность и удобство работы. Увеличенное поле обзора: Большое поле обзора позволяет сканировать большие участки полости рта за один проход, что упрощает сканирование полных дуг и сложных клинических случаев. Недостатки: Потенциальная хрупкость - несмотря на прочную конструкцию, интраоральный сканер является чувствительным прибором, требующим бережного обращения. Неправильное использование или падение может привести к поломке. Программное обеспечение CEREC позволяет врачам контролировать все аспекты дизайна коронки, обеспечивая предсказуемый эстетический результат. Автоматизированный процесс фрезерования гарантирует стабильное качество и сокращает время изготовления реставрации. Однако, успех лечения зависит не только от технологии, но и от клинических навыков врача, правильной подготовки зуба и выбора подходящего материала.

Выводы. Таким образом мы оценили сильные и слабые стороны системы Cerec 3D и Cerec Prime, а также выявили как они влияют на процесс изготовления коронки. В ходе проведенного исследования, мы можем сделать вывод, что аппараты CEREC фирмы Sirona представляют собой эффективные инструменты для изготовления эстетичных виниров. Использование цифрового слепка, компьютерного моделирования и автоматизированного фрезерования позволяет сократить время изготовления, повысить качество реставрации и улучшить прогноз лечения. Сравнение данных систем в стоматологической практике открывают нам новые возможности для повышения эффективности и качества оказания стоматологической помощи.

Литература

1. Вольвач, С.И. Обзор новых разработок и модификаций известных технологий CAD/CAM стоматологического назначения / С.И. Вольвач // Новое в стоматологии. – 2002. – №8. – С. 76-78.
2. Henkel, S. Качество с самого начала. Использование технологии цифровых оттисков для изготовления качественных реставраций / S. Henkel // LAB: журнал для ортопедов и зубных техников. – 2007. – №4. – С. 54-56.
3. Ряховский, А.Н. Новые возможности планирования эстетического результата ортопедического лечения / А.Н. Ряховский, В.В. Левицкий // Клиническая стоматология. – 2008. – №4. – С. 32-36.

Сравнительный анализ временных конструкций, изготовленных методом фрезерования с опорой на имплантаты на винтовой фиксации

Захарова А.Н.

Студент

к.м.н., доц. Иванова Н.А., асс. Долгушин А.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Кафедра ортопедической стоматологии

г. Новосибирск, Российская Федерация

zaharovaanna05@mail.ru

Актуальность. Современная ортопедическая стоматология не стоит на месте, и конструкции с опорой на дентальные имплантаты становятся все более востребованным методом лечения. Временное протезирование является важной частью комплексного лечения. Сегодня существуют различные варианты, конструкции и материалы для временного протезирования на имплантатах. Выбор вида временных конструкций влияет на их прочность, точность прилегания, особенности ухода за протезами [1,2]. Современные технологии изготовления временных коронок позволяют добиться высокого качества протеза, однако вопрос их клинической эффективности, технологичности и стоимости остается открытым [3,4].

Цель исследования – анализ качества и технологичности изготовления временных конструкций с опорой на имплантаты.

Материалы и методы. Клиническое исследование проведено на базах ООО “Притти Смайл” и ООО “Доктор Смайл”. Участвовали 26 пациентов в возрасте 45-59 лет, мужского пола 14, женского 12, без вредных привычек, соматически здоровые. В первую группу вошли 16 пациентов, которым установили временные CAD/CAM конструкции с вклеенными титановыми основаниями; 10 пациентам временные CAD/CAM моноконструкции из ПММА (полиметилметакрилата). Проанализировано 134 единицы временных конструкций с опорой на дентальные имплантаты системы OSSTEM. Методы исследования: клинический, фотометрический, анкетирование. Оценивали результаты через неделю, 1 месяц, 6 месяцев.

Для достижения поставленной цели использовались сравнительный и аналитический методы.

Результаты исследования. Нарушение фиксации было выявлено в первой группе через месяц (3,36%) и через 6 месяцев (1,68%), и было связано с отклеиванием титанового основания; Анализ вспомогательных материалов для изготовления временных конструкций показал, что в первой группе необходимы дополнительные материалы: титановые основания, праймер/адгезив и композитный цемент. В первой группе дополнительное время на изготовление протеза с опорой на 4 имплантатах составило 180 мин., а на 6 – 450 мин., в первой группе дополнительные расходы составили 22,72%.

Выводы.

1. Нарушение фиксации временных протезов было выявлено только в 1 группе (5,04%);
2. В перечень дополнительных материалов для временных конструкций с вклеиваемым основанием входят: титановое основание, праймер/адгезив и композитный цемент двойного отверждения, себестоимость материалов составила 2840 руб. ед.;
3. На этап пескоструйной обработки, вклеивания и полировки уходит $7,5 \pm 2$ мин. на ед. временной коронки (в первой группе исследования 10,5 часов).

При изготовлении моноконструкции из ПММА (полиметилметакрилата) фиксация конструкции осуществляется за счет нагрузки, оказываемой конусовидным винтом на шахту аналогичной формы, которая выдерживает нагрузку до 20 нм. При использовании коронок на основаниях (Ti-base) есть вероятность расклеивания из-за

потенциального ослабления соединения от постепенного деградирования клеевого слоя и возможных неоднородностей в сцеплении материалов, что может привести к травмированию мягких тканей и дестабилизации имплантатов.

Литература

1. Ерошин В.А., Бойко А.В., Арутюнов С.Д., Перевезенцева А.А., Апресян С.В. Прочность и долговечность временных несъёмных зубных протезов // Российский журнал биомеханики. 2013. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prochnost-i-dolgovechnost-vremennyh-nesemnyh-zubnyh-protezo> (дата обращения: 20.04.2025).
2. Олесова В.Н., Довбнев В.А., Евстратов О.В., Зверьев А.Г., Зуев М.Д., Лесняк А.В., Хубаев С.С., Гарус Я.Н. Преимущества временных несъёмных фрезерованных и полимеризованных пластмассовых протезов на имплантатах // Российский стоматологический журнал. 2013. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/preimuschestva-vremennyh-nesemnyh-frezerovannyh-i-polimerizovannyh-plastmassovyh-protezo> (дата обращения: 20.04.2025).
3. Арыхова Л.К., Борисов В.В., Севбитов А.В. Цифровой дизайн улыбки // Вестник Авиценны. 2020. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovoy-dizayn-ulybki> (дата обращения: 23.04.2025).
4. Цаликова Н.А. Современные компьютерные технологии в стоматологии // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-kompyuternye-tehnologii-v-stomatologii> (дата обращения: 23.04.2025).

Методы эффективной очистки съемных зубных протезов

Котенко Н.

Студент

к.м.н., доцент Борисов В.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ИС,

г. Москва, Российская Федерация

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

n.kotenko506@gmail.com

Актуальность. С ростом населения большему числу стоматологических пациентов требуются съемные зубные протезы. Несмотря на недавние усилия общественности по улучшению гигиены полости рта, знаний о гигиенических процедурах для съемных зубных протезов мало [1]. На полных съемных ортопедических конструкциях неизбежно формируется биопленка [2], плохая гигиена полости рта приводит к накоплению на протезе остатков фиксирующего крема, последующей адгезии на него *Candida albicans*, *Streptococcus mutans*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* и развитию стоматологических и системных заболеваний у пациентов [3,4,5].

Цель исследования – на основе обзора литературы предложить способ максимально качественной очистки съемного зубного протеза от адгезивного крема - этиологического фактора стоматологических заболеваний.

Материалы и методы. Поиск литературы осуществлялся в научных медицинских базах данных eLibrary, Cyberleninka, PubMed.

Результаты исследования. На сегодняшний день нет ни одного конкретного протокола по правильной гигиене полного съемного зубного протеза [6]. Есть различные исследования, говорящие об эффективности ультразвуковой очистки в сочетании с погружением в растворы на основе перекиси. Растворы 0,5% гипохлорита натрия и щелочной перекиси показали антимикробное действие против *Candida albicans* и могут быть полезны для контроля биопленки зубных протезов, но должны использоваться с осторожностью в качестве ночного погружного раствора, так как они могут повредить базис зубных протезов в долгосрочной перспективе. Есть предположение об антимикробной активности экстрактов прополиса и масла чайного дерева [8]. Еще более эффективно удалить адгезивные материалы с поверхности протеза можно с помощью средств, содержащих фермент целлюлазу, разжижающую адгезивный крем. Но такой способ не дает возможности удаления биопленок. Отмечено отрицательное влияние на биопленки у наночастиц серебра. Включение нистатина в средства для очистки протеза также способно предотвращать оральный кандидоз, благодаря противогрибковому действию. В литературе предложен еще один подход – облучение протезов в микроволновой печи 60 Гц в течение 5 минут [7].

Выводы. Наиболее эффективными методами стали: комбинированная чистка (механическая в сочетании с химическими агентами) и ежедневное применение дезинфицирующих растворов гипохлорита натрия, хлоргексидина, шипучих таблеток с активным кислородом.

Литература

1. Cinquanta, L. Patient attitude and habits regarding removable denture home hygiene and correlation with prosthesis cleanliness: A cross-sectional study of elderly Italians / L. Cinquanta, E.M. Varoni, C. Barbieri, A. Sardella // J Prosthet Dent. – 2021. – Vol. 125, №5. – P. 772.e1–772.e7. DOI: 10.1016/j.prosdent.2021.01.024.

2. Рубцова, Е.А. Оценка микробиологического исследования съемных зубных протезов из термопластического материала / Е.А. Рубцова, Н.В. Чиркова, Н.А. Полушкина, Н.Г. Картавцева, Ж.В. Вечеркина, Т.А. Попова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2017. – №2.
3. Rajendran, A. Comparative evaluation of efficacy of three different denture cleansing methods in reducing *Candida albicans* count in removable partial denture wearers: A randomized controlled trial / A. Rajendran, R. George, N. Mathew [et al.] // J Indian Prosthodont Soc. – 2022. – Vol. 22, №3. – P. 256–261. DOI: 10.4103/jips.jips_553_21.
4. Morelli, V.G. Effect of effervescent tablets on removable partial denture hygiene / V.G. Morelli, V.C. Oliveira, G.L.L. Vasconcelos [et al.] // Am J Dent. – 2023. – Vol. 36, №2. – P. 75–80.
5. Lim, T.W. A comparison of the prevalence of respiratory pathogens and opportunistic respiratory pathogenic profile of ‘clean’ and ‘unclean’ removable dental prostheses / T.W. Lim, S. Huang, Y. Zhang [et al.] // J Dent. – 2024. – Vol. 145. – P. 104968. DOI: 10.1016/j.jdent.2024.104968.
6. Torres-Sánchez, C. Comparison of masticatory efficacy among complete denture wearers with two adhesives and dentate individuals: A randomized, crossover, double-blind clinical trial / C. Torres-Sánchez, V. Montoya-Salazar, D. Torres-Lagares [et al.] // J Prosthet Dent. – 2017.
7. Dixon, D.L. Microwave disinfection of denture base materials colonized with *Candida albicans* / D.L. Dixon, L.C. Breeding, T.A. Faler // J Prosthet Dent. – 1999. – Vol. 81, №2. – P. 207–214. DOI: 10.1016/s0022-3913(99)70250-7.
8. Wiatrak, K. Evaluation of effectiveness of a toothpaste containing tea tree oil and ethanolic extract of propolis on the improvement of oral health in patients using removable partial dentures / K. Wiatrak, T. Morawiec, R. Rój [et al.] // Molecules. – 2021. – Vol. 26, №13. – P. 4071. DOI: 10.3390/molecules26134071.

Течение заболеваний ВНЧС у пациентов с ревматоидным артритом

Лазарев Ю.В.

Старший лаборант

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Антонова И.Н.

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский Университет
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России*

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

prst10@bk.ru

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное заболевание, для которого характерно постепенное прогрессирование с вовлечением в патологический процесс новых, ранее не поврежденных суставов [1,2], в том числе и височно-нижнечелюстных (ВНЧС) [3,4]. Частота встречаемости симптомов заболеваний ВНЧС во время начала (дебюта) ревматоидного артрита по множественным данным фиксируется у 10-20% пациентов [3,4], в то время как наличие подобных проявлений при развитии и прогрессировании основного заболевания описывается с разных сторон. По литературным данным разными исследователями отмечается статистически значимое влияние РА на возникновение симптомов мышечно-суставной дисфункции ВНЧС [3,4]. Расстройства ВНЧС имеют большую вариабельность симптомов и клинических проявлений [3,5,6,7], изменения которых при прогрессировании РА в литературе описаны недостаточно подробно.

Цель исследования – изучение течения клинической картины и развитие заболеваний ВНЧС у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Было обследовано 150 пациентов, находящихся на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Клинической ревматологической больнице № 25» в период с 2023 по 2024 год с клинически обоснованным диагнозом - ревматоидный артрит. Анализировались данные истории болезни, проводился углубленный сбор анамнеза, а дальнейшее клиническое обследование проводилось на базе «Клиники стоматологии» НИИ стоматологии и ЧЛХ, включающая основные и вспомогательные методы обследования (КТ ЗЧС, МРТ ВНЧС).

Результаты исследования. Симптомы расстройств ВНЧС возникали на разных стадиях развития РА. В 13% случаев поражение ВНЧС возникло в дебюте РА (до 1 года стажа основного заболевания), что коррелирует с множеством исследований [3,4]. У 40% пациентов жалобы со стороны ВНЧС появились уже после дебюта РА, а 23% пациентов утверждали, что подобные признаки замечали еще до клинической верификации ревматоидного артрита. Среди обследуемых пациентов только 24% не замечали у себя симптомы заболеваний ВНЧС.

Проявления расстройств ВНЧС включали различные группы симптомов, которые часто фиксировались совместно: 1. боль в области ВНЧС и жевательных мышц – у 54%. 2. Патологические суставные звуки (хруст, щелканье) – 48%. 3. Ограничение движения челюстей – 33%. Причем самочувствие пациентов менялось с течением времени, в том числе в периоды обострения и ремиссии РА, включающая снижение выраженности проявлений с течением времени. Это можно объяснить тем, что пациенты получали медикаментозное лечение (цитостатики, ГКС и др.), снижающее действие патогенетических факторов РА (аутоантитела, провоспалительные цитокины, иммунные комплексы) и способствующих стабилизации состояния суставных тканей [1,2]. Тем не менее, распространённость болей в области ВНЧС оставалась высокой (48%), тогда как частота присутствия патологических звуков и ограничений движений снижались (до 32% и 26% соответственно). Было выявлено чёткое различие соотношения симптомов в зависимости от момента выявления данных признаков. До начала РА пациенты больше жаловались на щелчки или хруст со стороны ВНЧС (62%), тогда как во время дебюта РА

существовало выраженное преобладание боли и ограничений движений челюстей (69% и 63%).

Выводы. Следует отметить, что различие в клинических симптомах в сочетании с данными дополнительного обследования (в том числе МРТ), говорит о формировании нескольких нозологических форм заболеваний ВНЧС у пациентов с РА: артрит ВНЧС, синдром Костена, «щёлкающая» челюсть, остеоартроз ВНЧС. Это обосновывает необходимость стоматологического лечения у пациентов с РА, а также проведение дальнейших исследований по совершенствованию методов диагностики и лечения данной группы пациентов.

Литература

1. Чичасова, Н.В. Деструкция хряща при ревматоидном артрите, связь с функциональными нарушениями / Н.В. Чичасова // Современная ревматология. – 2014. – № 4. – С. 60-71.
2. Вакуленко, О.Ю. Прогрессирование деструкции суставов у больных ревматоидным артритом / О.Ю. Вакуленко, О.А. Кричевская, Ш.Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. – 2011. – № 3. – С. 69-74.
3. The prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults presenting with temporomandibular disorders associated with rheumatoid arthritis / Ó. Gilheaney, L. Zgaga, I. Harpur, G. Sheaf, L. Kiefer // Dysphagia. – 2017. – № 32 (5) – P. 587-600.
4. Savtekin G. Rheumatoid Arthritis in Temporomandibular Joint: A Review. / G. Savtekin, A.Ö. Şehirlil // Niger J Clin Pract. – 2018. – № 21 (10). – P. 1243-1246.
5. Петрикас, И.В. Комплексный междисциплинарный подход к профилактике и лечению дисфункции ВНЧС / И.В. Петрикас, А.М. Жирков, А.А. Краснов // Журнал проблемы стоматологии. – 2016. – № 12 (1). – С. 97-102.
6. Междисциплинарные аспекты реабилитации пациентов с функциональными расстройствами ВНЧС / В.И. Шемонаев [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2020. – № 2. – С. 5-52
7. Бейнарович, С.В. Современный взгляд на этиологию и патогенез дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / С.В. Бейнарович, О.И. Филимонова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. – № 25 (6). – С.164-170.

Сравнительная оценка внутрикорневых штифтовых реставраций

Минаева Е.В.

Ординатор

к.м.н., доцент Зайченко О.В., к.м.н., доцент Усанова Е.В.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

e.usanova@mail.ru

Актуальность. Лечение девитальных зубов со значительной степенью разрушения зависит не только от качественного эндодонтического лечения, но и грамотно проведенной последующей реставрации коронковой части зуба, что является неотъемлемой частью успешного и долгосрочного протезирования зубов. Многими авторами было доказано, что после эндодонтического лечения происходят биохимические и биомеханические изменения. Со временем ткани зуба теряют внутреннюю влагу, что приводит к нарушению коллагеновой структуры их дентина. В связи с этим, депульпированные зубы становятся более хрупкими и чаще ломаются чем витальные зубы. Ввиду этого, считается, что следует устанавливать штифт в корневой канал после эндодонтического лечения для укрепления его структуры. Совершенствование методов замещения твердых тканей зубов с использованием штифтовых конструкций является актуальной задачей современной стоматологии [5,6].

Цель исследования – изучить эффективность восстановления твердых тканей зубов различными видами штифтовых конструкций.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор и мета-анализ данных литературы по стоматологии. Поиск литературы осуществлялся в научных медицинских базах данных eLibrary, PubMed, Cyberleninka.

Результаты исследования. По данным проведенного статистического исследования наиболее частыми осложнениями при протезировании культевыми штифтовыми конструкциями являются: расцементировка, перелом корня зуба, электрогальванический синдром, перфорация корня зуба, перелом внутрикорневого штифта [1,2,3]. При сравнении различных видов внутрикорневых штифтовых конструкций было определено, что во время препарирования полости под культевую литую штифтовую вкладку для устранения поднутрений и формирования дивергирующих стенок, требуется значительная редукция твердых тканей зуба, что приводит к ослаблению его коронковой части. В то время как, адгезивная фиксация стекловолоконного штифта позволяет сохранить здоровые ткани зуба [5,6]. Стекловолоконные конструкции обладают лучшими эстетическими характеристиками, антикоррозийными свойствами, не вызывают электрогальванический синдром, обладают более низкой теплопроводностью [5,4]. В тоже время стандартные штифты имеют определенный диаметр, что затрудняет работу в зубах с узкими каналами (нижние резцы) в то время, как КЛШВ отливается индивидуально в соответствие с диаметром корневого канала. Стекловолоконный штифт имеет модуль эластичности схожий с модулем эластичности дентина зуба (18 ГПа), что улучшает биомеханику зуба, более равномерно распределяет жевательную нагрузку на стенки корня и снижает риск его перелома [4]. Реставрации с опорой на стекловолоконные штифты приводят к увеличению прочности структуры зуба за счет равенства модуля эластичности стекловолоконного штифта и дентина корня зуба. Культевые конструкции, выполненные из металла, наоборот, обладают большей жесткостью, тем самым, увеличивают риск перелома корня [1].

Перелом зубов, восстановленных стекловолоконным штифтом, происходит, как правило, на уровне шейки, что ассоциируется с лучшим прогнозом, так как появляется

возможность для повторного восстановления коронковой части зуба [4]. При восстановлении зубов металлическими штифтовыми конструкциями переломы согласно данным статистики локализуются в средней и верхней трети корневого канала [1,2,3]. Для фиксации стекловолоконных штифтов используются композиционные цементы двойного отверждения, которые образуют непрерывную прочную связь между всеми контактирующими поверхностями, формируя моноблок, что повышает прочность всей конструкции, снижает риск краевой проницаемости и инфильтрацию корневого канала микроорганизмами [4].

Выводы. Согласно поставленным задачам, на основании проведенного мета-анализа статистических данных были сделаны следующие выводы: при протезировании КЛШВ выявлен больший процент различных осложнений, чем при восстановлении зуба стекловолоконными штифтами. Наиболее частым осложнением при протезировании КЛШВ являлась расцементировка конструкции, в то время как, при восстановлении зуба стекловолоконным штифтом – его перелом в области шейки зуба.

Восстановление депульпированных зубов с использованием стекловолоконна способствует сохранению здоровых твердых тканей зуба, а также надежной адгезии всех элементов реставрации. Данные факторы способствуют долгосрочному благоприятному результату ортопедического лечения.

При выборе внутрикорневой штифтовой конструкции и аргументация её использования необходимо провести комплексный анализ исходной клинической ситуации.

Литература

1. Андреева, С.Н. Ошибки и осложнения при протезировании литыми корневыми вкладками по данным судебно-медицинских экспертиз 2013–2022 гг. / С.Н. Андреева, М.З. Эртувханов, М.М. Андреев // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2022. – Т. 24, № 10. – С. 12–20.
2. Андреева, С.Н. Анализ отдалённых результатов протезирования литыми корневыми штифтовыми вкладками по данным судебной практики за 2013–2022 гг. / С.Н. Андреева, М.З. Эртувханов // Practice Oriented Science: UAE – RUSSIA – INDIA. Materials of International University Scientific Forum. – 30 July 2022. – С. 90–94.
3. Андреева, С.Н. Основные ошибки при использовании корневых вкладок (анализ судебных дел 2013–2022 гг.) / С.Н. Андреева, М.З. Эртувханов, М.М. Андреев // International Conference “Scientific Research of the SCO Countries: Synergy and Integration”. Part 2 – Reports in English. – 10 August 2022. – Beijing, PRC. – С. 33–37.
4. Терри, Д. Внутрикорневые реставрации: эстетичные штифтовые культевые конструкции / Д. Терри. – 2021.
5. Наумович, С.А. Штифтовые конструкции и системы для лечения дефектов коронок зубов / С.Н. Пархамович, С.П. Рубникович. – Учебно-методическое пособие. – Минск, 2022.
6. Фисюнов, А.Д. Применение композитно-армированных культовых штифтовых вкладок для замещения дефектов твёрдых тканей зубов / С.П. Рубникович // Вестник ВГМУ. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 91–99.

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ

Применение метода дистракционного остеогенеза в детском возрасте при лечении трансверзальных зубочелюстных аномалий

Миннахметова Д.Р., Тихонова И.В.

Аспирант, ассистент кафедры

Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Топольницкий О.З.

*ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины». Министерства здравоохранения
Российской Федерации*

Кафедра детской челюстно – лицевой хирургии

г. Москва, Российская Федерация

dianaminn@mail.ru

Актуальность. Трансверзальные зубочелюстные аномалии являются достаточно часто встречаемыми аномалиями, их распространенность колеблется от 8 до 47%. Аномалии в трансверзальной плоскости представляют собой сужение верхней и/ или сужение нижней челюстей и могут встречаться в виде изолированной формы, но чаще идут в сочетании с аномалиями в других плоскостях, что затрудняет диагностику и составление комплексного алгоритма лечения [1].

Важными этапами в диагностике трансверзальных зубочелюстных аномалий является проведение антропометрического исследования моделей челюстей, проведение КТ исследования с целью выявления стадии формирования срединного небного шва по методу доктора F. Angelieri и соавт и степени сужения верхней челюсти по Ренн анализу для выбора правильной тактики лечения [1,2,3].

Цель исследования – совершенствование методов лечения пациентов с наличием зубочелюстных аномалий в трансверзальной плоскости в детском возрасте с применением метода дистракционного остеогенеза.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры детской челюстно – лицевой хирургии Российского Университета Медицины, а также на базе ГБУЗ «Детская городская клиническая больница святого Владимира ДЗМ». За период 2023 - 2024 гг. было обследовано и пролечено 123 пациента, имеющих трансверзальные зубочелюстные аномалии со стадией формирования срединного небного шва D и E (13 – 17 лет). Всем пациентам проводилось клиническое обследование, проведение КТ исследования. Контрольные КТ исследования проводились до обследования и по окончании ретенционного периода через 6 месяцев.

Результаты исследования. В группе пациентов со стадией формирования срединного небного шва D и E, проходивших лечение на ортодонтических аппаратах отмечались следующие результаты: ширина основания верхней челюсти увеличилась на 5,82%, ширина грушевидного отверстия увеличилась на 12,75%, ширина верхней челюсти измеряемая по Ренн анализу увеличилась на 5,27%, ширина зубного ряда по молярам увеличилась на 12,89% ширина альвеолярного отростка увеличилась на 7,09%, глубина небного свода уменьшилась на 19,80%. При этом отмечается в основном прирост трансверзальных размеров за счет расширения зубного ряда, нежели за счет расширения по костным структурам.

В группе пациентов со стадией формирования срединного небного шва D и E, которым производилась остеотомия верхней челюсти по Ле Фор 1 и срединному небному шву с фиксацией и активацией небного дистракционного аппарата «Конмет» отмечались следующие результаты: ширина основания верхней челюсти увеличилась на 10,13%, ширина грушевидного отверстия увеличилась на 8,37%, ширина верхней челюсти измеряемая по Ренн анализу увеличилась на 12,57%, ширина зубного ряда по молярам увеличилась на 10,48% ширина альвеолярного отростка увеличилась на 9,69%, глубина небного свода уменьшилась на 3,15%. Отмечается расширение за счет костных структур.

Выводы. Таким образом, в группе пациентов, получавших лечение на ортодонтических аппаратах, расширение верхней челюсти происходит за счет расширения верхнего зубного ряда, в тоже время при проведении остеотомии наблюдается корпусное расширение верхней челюсти, что дает более стабильный результат лечения и снижает риск возникновения рецидива данной патологии в будущем.

Литература

1. Слабковская, Анна Борисовна. Трансверсальные аномалии окклюзии. Этиология, клиника, диагностика, лечение : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.21 / Слабковская Анна Борисовна; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т]. — Москва, 2008. — 46 с.
2. Tamburrino, R.K. The Transverse Dimension: Diagnosis and Relevance to Functional Occlusion / R.K. Tamburrino, N.S. Boucher, R.L. Vanarsdall, A. Secchi // Roth Williams International Society Orthodont J. — 2010 — №2 (1) — P. 13-22.
3. Angelieri, F. Suture Maturation: Classification Method for Individual Assessment Before Rapid Maxillary Expansion / F. Angelieri, L. Cevidanes et al. // Am J Orthod Dentofacial Orthop. — 2013. — №144 (5) — P. 759-769.

Использование цифровых геймифицированных инструментов для мотивации к гигиене полости рта у детей дошкольного возраста

Казарян Г.Г., Салех К.М.

Аспирант, ассистент

д.м.н., профессор Мураев А.А.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

genro96@mail.ru

Актуальность. Несмотря на наличие большого количества образовательных материалов о правильной гигиене полости рта, мотивация детей младшего возраста к регулярной и качественной чистке зубов остаётся низкой [1,2]. Одним из современных подходов к решению этой проблемы является использование цифровых технологий и геймификации [3]. Мобильные игры и приложения способны превращать рутинный процесс в увлекательное занятие, что особенно важно для детей, склонных к сниженной концентрации внимания и быстро теряющих интерес к однообразным действиям. Геймифицированные инструменты позволяют не только повысить вовлеченность, но и сформировать положительное отношение к уходу за полостью рта с раннего возраста [4,5,6]. Это открывает перспективы для их внедрения в повседневную профилактическую практику.

Цель исследования – оценить влияние использования цифровых геймифицированных инструментов на мотивацию к гигиене полости рта и уровень её соблюдения у детей в возрасте от 3 до 6 лет на основе изменений показателей гигиенического индекса.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе сети стоматологических клиник «Доктор Мартин», в частности – в филиале детской клиники «Мартинка», в период с февраля по март 2025 года. В исследовании приняли участие 29 детей в возрасте от 3 до 6 лет, не имеющих тяжёлых соматических заболеваний и регулярно посещающих стоматолога. Все участники и их законные представители были проинформированы о целях исследования и дали добровольное согласие на участие.

Перед началом эксперимента у каждого ребёнка проводилась первичная оценка гигиены полости рта с использованием модифицированного гигиенического индекса Грина – Вермильона. Затем родителям были даны индивидуальные рекомендации по использованию цифрового инструмента с элементами геймификации, направленного на стимулирование регулярной и качественной гигиены. Использование данного инструмента осуществлялось ежедневно, в домашних условиях, в течение трёх недель.

По завершении указанного периода проводился повторный осмотр и оценка гигиенического индекса для выявления динамики изменений. Кроме того, родителям предлагалось пройти краткое анкетирование, направленное на качественную оценку мотивации детей, изменений в отношении к гигиене и удобства использования цифрового подхода.

Результаты исследования. По результатам исследования было выявлено значительное улучшение гигиенического состояния полости рта у всех участников. Средний индекс гигиены снизился с 2,1 до 1,2, что указывает на улучшение навыков

чистки зубов. Родители отметили повышение интереса ребёнка к процессу чистки, снижение сопротивления перед гигиеническими процедурами и формирование устойчивой привычки. Эффект был особенно выраженным благодаря яркой визуализации и игровой мотивации, встроенной в цифровой инструмент.

Выводы. Применение цифровых технологий с элементами геймификации в обучении и мотивации детей к гигиене полости рта положительно влияет на формирование устойчивых привычек. Использование таких интерактивных подходов способствует повышению интереса к процессу чистки зубов, улучшению её регулярности и качества, а также снижению уровня зубного налёта. Геймификация может быть эффективным инструментом в рамках профилактических программ, направленных на улучшение стоматологического здоровья у детей младшего возраста.

Литература

1. Effectiveness of oral health education on knowledge, attitude, practices and oral hygiene status among 12–15-year-old schoolchildren of fishermen of Kutch district, Gujarat, India / Y.K. Sanadhya, P. Khatri, R. Kumar // *Int. Marit. Health.* – 2014. – Vol. 65, № 3. – P. 99–105.
2. Impact of three different education methods on oral hygiene and theoretical knowledge of schoolchildren / L. Demiriz, F.O. Dede, U. Balli // *Pesqui. Bras. Odontopediatr. Clín. Integr.* – 2018. – Vol. 18, № 1. – 3897 p.
3. Gamification and oral health in children and adolescents: scoping review / R. Moreira, C. Pinto, A. Lima // *Interact. J. Med. Res.* – 2024. – Vol. 13, № 1. – P. e35132.
4. Development and evaluation of a gamified smart phone mobile health application for oral health promotion in early childhood: a randomized controlled trial / M. Zolfaghari, M. Karami, H. Khodadadi // *BMC Oral Health.* – 2021. – Vol. 21. – P. 1–9.
5. The effects of gamification and oral self-care on oral hygiene in children: systematic search in app stores and evaluation of apps / N. Fijačko, S. Mirošević, A. Šečić // *JMIR Mhealth Uhealth.* – 2020. – Vol. 8, № 7. – P. e16365.
6. The gamification and development of a chatbot to promote oral self-care by adopting behavior change wheel for Taiwanese children / W.J. Chang, P.C. Chang, Y.H. Chang // *Digit. Health.* – 2024. – Vol. 10. – P. 20552076241256750.

Влияние хеликобактерной инфекции на состояние тканей пародонта у детей

Нарсия Е.Б.

Соискатель, ассистент

к.м.н., доцент Таболова Е.Н.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации

Кафедра стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

ebnarsiya@mail.ru

Актуальность. На сегодняшний день основным этиологическим фактором, приводящим к развитию гастродуоденальной патологии, считается инфекционный агент *Helicobacter pylori* (НР) [1]. Полость рта, как начало пищеварительного тракта, отражает все патологические процессы, происходящие в нем [2]. Исследования, проведенные ранее, доказали наличие и выявили основные места локализации НР во рту человека, в частности в зубном налете и тканях пародонта [3].

Цель исследования – оценить состояние тканей пародонта у детей с гастродуоденальной патологией, ассоциированной с НР-инфекцией.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 137 детей в возрасте 12-15 лет с подтвержденным диагнозом хронического антрального гастрита. Пациенты были разделены на две группы: 1 - 85 человек с гастритом, ассоциированным с НР (НР-позитивные) и 2 - 52 ребенка с хроническим антральным гастритом, не ассоциированным с НР (НР-негативные). В ходе пародонтологического обследования определяли индексы: РМА, СРITN.

Результаты исследования. Распространенность заболеваний пародонта в обеих группах составила: в группе с НР-позитивным тестом 98,82% и с НР-негативным - 78,85%. Индекс РМА в 1 группе значительно превышал показатели второй: $0,57 \pm 0,11$ и $0,35 \pm 0,07$, соответственно. Анализ структурных компонентов индекса СРITN показал, что интактные ткани пародонта в группе НР-позитивных детей выявили лишь у 1,18% обследованных, в группе НР-негативных - 21,39%. В 1 группе кровоточивость десны определили в 98,75% случаев, у пациентов без хеликобактерной инфекции данный параметр регистрировали с частотой 78,79%.

Выводы. В результате пародонтологического обследования у детей в обеих группах диагностирован хронический катаральный гингивит различной степени тяжести. В результате сравнительного анализа значений индексов РМА, СРITN установлено, что у детей с гастропатологией, ассоциированной с НР, распространенность и выраженность клинических проявлений патологии пародонта выше, кроме этого, отмечается склонность к хронизации воспалительного процесса.

Литература

1. Анисимова Т.А. Роль *helicobacter pylori* в развитии заболеваний полости рта / Т.А. Анисимова, Д.В. Ларионова // Биология и интегративная медицина – 2024 - №5 – с.70.
2. Эпидемиология инфекции *Helicobacter pylori* в Российской Федерации с 1990 по 2023 г.: систематический обзор. / Бордин Д.С., Кузнецова Е.С. [и др.] // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2024. – № 8 (5) – С. 260-267.

3. Buruoa C. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection / C. Buruoa, A. Axon // *Helicobacter*. – 2017. – V.22, Issue S1.

**Результаты обследования состояния тканей ротовой полости у детей
с туберозным склерозом**

Островская Ю.А.

Старший лаборант

Засл. врач РФ, д.м.н., профессор, Кисельникова Л.П.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Кафедра детской стоматологии

г. Москва, Российская Федерация

ponponmashite@gmail.com

Актуальность. Туберозный склероз (ТС) – это генетическое заболевание, поражающее многие системы организма и характеризующееся образованием доброкачественных опухолей (гамартом) в различных органах, включая мозг, кожу, почки, сердце и легкие [2, 3, 4]. Эти гамартмы возникают из-за мутаций в генах TSC1 или TSC2, которые кодируют белки гамартин и туберин соответственно. Данные белки образуют комплекс, регулирующий клеточный рост и пролиферацию через сигнальный путь mTOR (mammalian target of rapamycin). Нарушение функции этого комплекса приводит к неконтролируемому росту клеток и образованию гамартм [6].

Клинические проявления ТС чрезвычайно разнообразны и зависят от локализации и размера гамартм. Поражение головного мозга может проявляться эпилептическими припадками, задержкой развития, умственной отсталостью, аутизмом и поведенческими проблемами [5]. Ангиофибромы лица, шагреновая кожа и гипомеланические пятна являются кожными проявлениями ТС, которые часто приводят к ранней диагностике [3]. Почечные ангиомиолипомы – частое проявление ТС, которое может привести к кровоизлияниям и почечной недостаточности [1]. Кардиальные рабдомиомы, хотя и часто обнаруживаются у младенцев с ТС, обычно уменьшаются в размерах с возрастом и редко вызывают серьезные проблемы [2].

Лечение ТС направлено на облегчение симптомов и предотвращение осложнений. Противосудорожные препараты используются для контроля эпилептических припадков [4]. Хирургическое вмешательство может быть необходимо для удаления больших или вызывающих симптомы гамартм [3]. Зачастую, дети с ТС не получают полноценную стоматологическую помощь и профилактические процедуры из-за особенностей их состояния, включая ментальные расстройства и эпилептические припадки, что значительно уменьшает вероятность их визитов к врачу стоматологу.

Цель исследования – изучение поражений тканей ротовой полости у детей с туберозным склерозом.

Материалы и методы. Были обследованы 12 пациентов (8 девочек и 4 мальчика) с ТС в возрасте от 6 до 16 лет, находящихся на плановом стационарном лечении в ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии им. академика Ю.Е. Вельтищева. Противосудорожную терапию получали 66,7% (8 пациентов). Проводился визуальный осмотр наличия кариеса зубов, дефектов эмали, состояния десны, альвеолярного отростка, слизистой оболочки щеки, десны и преддверия рта. Данные подвергались цифровой обработке и выражались в %.

Результаты исследования. Результаты осмотра полости рта у 12 пациентов с ТС выявили ряд характерных закономерностей. В первую очередь, отмечается крайне высокая

распространенность зубного налета и повышенной стираемости зубов, затрагивающая всех 100% обследованных. Этот факт свидетельствует о критическом недостатке гигиены полости рта и, возможно, бруксизме или других парафункциональных привычках, вызванных судорожным состоянием. Вторым важным наблюдением является высокая распространенность гингивита и кариеса зубов, обнаруженная у 75% пациентов с ТС. Это указывает на наличие воспалительных процессов в десне и активное развитие кариозного поражения, что, вероятно, связано с неудовлетворительной гигиеной и, возможно, особенностями лекарственной терапии.

У 83,3% обследованных выявили распространенные дефекты эмали и гипоплазию режущего края зубов, что является третьей отличительной чертой. Подобные эмалевые нарушения могут быть обусловлены как генетическими факторами, свойственными ТС, так и влиянием негативных воздействий в период амелогенеза. Умеренная распространенность гиперплазии десны, наблюдаемая у 50% пациентов, может быть обусловлена как хроническим воспалением, вызванным зубным налетом, так и приемом противосудорожных препаратов, назначаемых для лечения ТС.

Относительно редкие фибромы слизистой оболочки полости рта (16,7%) и травматические повреждения слизистой (25%) позволяют предположить, что, несмотря на общую картину неблагополучия, специфические поражения слизистой оболочки не являются доминирующими проявлениями здоровья полости рта при ТС.

Выводы. Результаты осмотра полости рта у пациентов с ТС выявили ряд закономерностей, свидетельствующих о повышенной восприимчивости данной группы лиц к стоматологическим проблемам. Практически поголовное наличие зубного налета и повышенной стираемости зубов, в сочетании с высокой распространенностью гингивита и кариеса, подчеркивает необходимость разработки и внедрения специализированных программ профилактики и лечения, направленных на поддержание здоровья полости рта у пациентов с ТС.

Литература

1. Андреева, Э.Ф. Кистозы почек при туберозном склерозе у детей грудного возраста / Э.Ф. Андреева, Н.Д. Савенкова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – №1. – С.100-105.
2. Бордюгова, Е.В. Рабдомиома сердца у детей / Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая [и др.] // Здоровье ребенка. – 2012. – №2 (37). – С. 62-66.
3. Бордюгова, Е.В. Туберозный склероз: обзор литературы и собственное клиническое наблюдение / Е.В. Бордюгова, Н.Н. Конопко Н.Н. [и др.] // Здоровье ребенка. – 2013. – №2 (45). – С. 138-142.
4. Евтушенко, С.К. Туберозный склероз как междисциплинарная проблема в нейропедиатрии (научный обзор и личные наблюдения) / С.К. Евтушенко, Д.А. Гагара // Международный неврологический журнал. – 2015. – №6 (76). – С. 12-22.
5. Шиляев, Р.Р. Туберозный склероз. Особенности клинического течения у детей раннего возраста / Р.Р. Шиляев, Е.В. Харитонова [и др.] // Вестник Ивановской ГМА. – 2010. – №1. – С. 51-57.
6. Янус, Г.А. Молекулярная диагностика туберозного склероза / Г.А. Янус, Е.Н. Суспицын [и др.] // Педиатрия. – 2013. – №1. – С. 3-8.

Стоматологический статус у детей с синдромом Кавасаки

Руденок В.В.

Студент

к.м.н., доцент Скакодуб А.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

Кафедра детской, профилактической стоматологии и ортодонтии

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

г. Москва, Российская Федерация

vita_r20@mail.ru

Актуальность. Синдром Кавасаки (М 30.3 слизисто-кожный лимфонулярный синдром) (СК) – острый лихорадочный мультисистемный васкулит неизвестной этиологии, который поражает чаще детей до 5 лет [1].

Первые признаки синдрома Кавасаки проявляются в орофациальной области в виде двусторонней инъекции сосудов конъюнктивы; изменений состояния губ и ротовой полости (сухость, эритема, трещины губ и/или диффузная эритема слизистой полости рта или глотки и/или «малиновый язык»); острой негнойной шейной лимфаденопатии, чаще односторонней [2].

При синдроме Кавасаки происходит поражение сосудов малого и большого калибров, что часто приводит к различным порокам сердца, которые в свою очередь ведут к инвалидности больных. Предотвратить инфаркт миокарда, ишемическую болезнь сердца и внезапную смерть, связанную с синдромом Кавасаки возможно, если вовремя начать лечение [3].

Цель исследования – повысить диагностику синдрома Кавасаки у детей в орофациальной области врачами-стоматологами.

Материалы и методы. Был проведен анализ более чем 213 научных статей российский и зарубежных источников на тему синдрома Кавасаки. Однако в течение исследования нам встретились только 66 (31%) научные работы, в которых были описаны клинические случаи с поражением орофациальной области. Все научные статьи были найдены на следующих интернет-ресурсах: Elibrary, PubMed, Кибер Ленинка, Google Scholar, РИНЦ. Во время изучения найденного материала мы разделили все публикации на две группы: 1) наличие клинических случаев с описанием поражения орофациальной области; 2) клинические случаи, где не встречаются описания поражений в орофациальной области. По итогу отбора у нас осталось всего 66 статей, анализ которых мы осуществляли в дальнейшем. Анализ значимости клинических признаков проводили по разработанной нами «оценке значимости диагностического признака (критерия)» в баллах (от 5 до 1).

Результаты исследования. Проанализировав весь материал, мы выявили наиболее часто встречаемые клинические признаки СК у детей в орофациальной области.

Чаще всего авторы в своих научных исследованиях описывали следующие диагностические критерии: различные виды сыпи на коже лица и шеи (88%); «васкулитный» хейлит (отек и резкая гиперемия, сухость, трещины губ, заеды) (80%), «васкулитный» глоссит («малиновый» язык, десквамация эпителия) (80%); «васкулитный» стоматит (диффузная гиперемия и отек слизистой полости рта с афтозными и геморрагическими элементами) (78%); увеличение шейного лимфатического узла (одностороннее) (65%); неэкссудативный двусторонний конъюнктивит (36,5%). Всем этим признакам мы присвоили по 5 баллов.

Выводы. Дебют синдрома Кавасаки происходит с ротоглотки, поэтому необходимо дальнейшее изучение синдрома Кавасаки, а именно его клинических проявлений в орофациальной области. Это позволит врачу-стоматологу вовремя диагностировать данное заболевание у пациента и направить нужному специалисту, что в

дальнейшем приведет к уменьшению риска осложнений в виде поражения васкулитами сосудов большого и среднего калибра.

Таким образом, в лечении синдрома Кавасаки требуется междисциплинарный подход, который возможно осуществить путем взаимодействия врачей-стоматологов, ревматологов и педиатров.

Литература

1. Singh, S. Kawasaki Disease in India – Lessons Learnt Over the Last 20 Years / S. Singh, T. Kawasaki // *Indian Pediatrics*. – 2016. – Vol. 53. – P. 119–124.
2. Лукушкина, Е.Ф. Клинический случай диагностики болезни Кавасаки у детей / Е.Ф. Лукушкина, Т.Ю. Костарева, И.А. Азовцева, М.А. Квасова, М.Г. Афраймович // *Медицинский альманах*. – 2010. – №2 (11), апрель. – С. 144–146.
3. Лыскина, Г.А. Слизисто-кожный лимфонулярный синдром (Кавасаки): современное состояние вопроса / Г.А. Лыскина // *Научно-практическая ревматология*. – 2003. – №3. – С. 77–79.

Факторы, влияющие на кариес зубов у детей школьного возраста на Китайском нагорье

Цзинь И., Цзэн Ж.

Аспирант, аспирант

к.м.н., доцент Скакодуб А.А.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)*

Кафедра детской, профилактической стоматологии и ортодонтии

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

г. Москва, Российская Федерация

jinyiyao111@gmail.com

Актуальность. Кариес представляет собой глобальную проблему общественного здравоохранения, поражая 60-90% школьников worldwide, особенно в экономически неблагополучных регионах [2]. В высокогорных районах Китая (Синьцзян, Тибет) наблюдается повышенная распространённость детского кариеса по сравнению с равнинными территориями [2], что обусловлено комплексом факторов: особенностями питания с преобладанием углеводов [3], недостаточной гигиеной полости рта и низким использованием фторированных паст [4], а также воздействием гипоксической среды на биохимические параметры слюны и микробиом ротовой полости [5]. В настоящем исследовании использовали полученные данные округа Уча в Синьцзяне, где провели систематический анализ факторов риска, возникающих у детей школьного возраста в высокогорном плато.

Цель исследования – повысить методы профилактики кариеса у детей до школьного возраста в высокогорных районах Синьцзяна.

Материалы и методы. В исследовании использовался метод поперечного сечения. Проведено стоматологическое обследование 109 детей в возрасте от 6 до 12 лет (16 шестилетних; 15 семилетних; 15 восьмилетних; 15 девятилетних; 15 десятилетних; 15 одиннадцатилетних; 15 двенадцатилетних) в уезде Уча, Синьцзян. Сбор данных о демографических характеристиках, знаниях, условиях и действиях в отношении кариеса осуществлялся путем интервьюирования анкетирования родителей. Статистические данные были оформлены в таблице в программе Word и проанализированы с использованием программного обеспечения SPSS. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым. Интенсивность кариеса зубов определяли при помощи индекса dmft.

Результаты исследования. Клиническое исследование и анализ анкетирования показали, что 46,79% детей потребляют углеводы чаще 3 раз в неделю, только 24,77% детей потребляют молоко ежедневно, 31,19% детей чистят зубы менее 2 минут, 70,64% детей чистят зубы < 2 раз/сутки, 45,87% детей использованием зубной пасты без фтора, 66,06% детей приемом пищи после чистки зубов перед сном, 78,9% детей начинают чистить зубы после 2 лет, и 86,24% детей не отсутствием герметизации фиссур, $dmft_{cp}$ составляет 4,24, что выше по сравнению с детьми, имеющими хорошие гигиенические привычки, и разница статистически значима ($p < 0,05$).

Выводы: Наши исследования выявили значимую корреляцию между кариесогенными факторами (гигиена полости рта, потребление сахара/молока, применение фторсодержащих паст, герметизация фиссур) и заболеваемостью кариесом у

70,85–85% школьников. Такое состояние знаний о профилактике стоматологических заболеваний у детей школьного возраста требует разработки комплексной программы по профилактике кариеса, которая будет включать в себя: чистить зубы дважды в день, ограничить употребление рафинированного сахара, употреблять зубную пасту с содержанием фтора, употреблять много молока, чистить зубы после еды, регулярно проверяться и проводить в школах занятия по гигиене, правительству рекомендуется запускать бесплатную программу герметизации ямок и трещин каждые 6 месяцев.

Литература

1. Опросы здоровья полости рта: основные методы / Всемирная организация здравоохранения. – 5-е изд. – Женева: Изд-во ВОЗ, 2013. – 125 с.
2. Глобальное бремя заболеваний полости рта и риски для здоровья полости рта / П.Э. Петерсен [и др.] // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2005. – Т. 83, № 9. – С. 661–669.
3. Эпидемиологическое обследование кариеса зубов у детей в сельскохозяйственных и скотоводческих районах Тибета / Ли Хун [и др.] // Китайский журнал стоматологии. – 2016. – Т. 51, № 4. – С. 223–227.
4. Корреляция между пищевыми привычками и кариесом зубов у детей, проживающих в высокогорных районах / Чжан Ли [и др.] // Китайский журнал школьного здоровья. – 2018. – Т. 39, № 5. – С. 712–715.
5. Сравнительный анализ микробиома полости рта у популяций Цзан и Хань, проживающих на разных высотах / Юй Хао [и др.] // Архивы биологии полости рта. – 2021. – Т. 121. – Art. 104986. DOI: 10.1016/j.archoralbio.2020.104986.

Влияние различных методов чистки зубов на состояние гигиены полости рта у детей

Цзэн Ж. , Цзинь И.

Аспирант аспирант

к.м.н. доцент Скакодуб А.А.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)*

Кафедра детской, профилактической стоматологии и ортодонтии

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

г. Москва, Российская Федерация

1296821027@qq.com

Актуальность. Здоровье полости рта у детей является важной проблемой в области общественного здравоохранения. Гингивит характеризуется покраснением, отеком и кровоточивостью десен без потери прикрепления пародонта^[1]. На сегодняшний день исследования, проведенные во всем мире, в целом свидетельствуют о том, что гингивит, вызванный зубным налетом, является наиболее распространенным заболеванием пародонта у детей и подростков^{[2][3][4]}. По имеющимся данным, распространенность гингивита среди детей в возрасте 12–15 лет на юго-востоке Китая достигает 29.6%^[5], а распространенность гингивита среди детей в возрасте 6–12 лет в центральном и западном Китае составляет 28.58%^[6]. Эффективная чистка зубов является ключевой мерой профилактики гингивита у детей. Однако, поскольку мелкая моторика у детей еще не полностью развита, детям сложно освоить традиционные методы. Постепенно стали применяться упрощенные методы, такие как метод дуги, однако систематических исследований их эффектов не проводилось. В ходе данного исследования была проведена оценка влияния различных методов чистки зубов на улучшение гигиены полости рта у детей в возрасте от 6 до 12 лет с помощью контролируемого эксперимента, что послужило основой для просвещения по вопросам здоровья полости рта.

Цель исследования – улучшение гигиены полости рта у детей в возрасте от 6 до 12 лет в западном Китае

Материалы и методы. В этом исследовании приняли участие 45 детей в возрасте от 6 до 12 лет из западного Китая, которых случайным образом разделили на три группы (по 15 детей в каждой группе); Группа А: Метод Фонеса, Группа В: Метод Басса, Группа С: Метод Леонарда. Критерии включения: сменный прикус, отсутствие анамнеза ортодонтического лечения, подписанное родителями информированное согласие. Для регистрации начального индекса зубного налета использовался индикатор зубного налета (эритрозин). Всем детям предоставлялась фторсодержащая зубная паста (содержание фторида 1450 ppm), мягкие детские зубные щетки и профессиональное обучение. Индекс зубного налета (PI), кровоточивость десен (%) и соблюдение правил чистки зубов оценивались по трем аспектам. Наконец, для дисперсионного анализа ANOVA и теста хи-квадрат использовался пакет SPSS 26.0. Уровень значимости $\alpha=0.05$, $P < 0.05$ считался статистически значимым.

Результаты исследования. Анализ индекса PI показал: в группе А: от исходного PI (3.2 ± 0.4) до PI на восьмой неделе (1.1 ± 0.3) снижение составило 65.6%, в группе В: от исходного PI (3.1 ± 0.5) до PI на восьмой неделе (1.8 ± 0.4) снижение составило 41.9%, в группе С: от исходного PI (3.3 ± 0.3) до PI на восьмой неделе (1.5 ± 0.2) снижение составило 54.5%. (Группа А значительно опережает группу В и С, $p < 0.01$). Средняя частота кровоточивости десен на 8-й неделе: Группа А: 12.3%; Группа В: 21.7%; Группа С: 18.4% (разница между группами была статистически значимой, $p=0.003$). Соблюдение правил

чистки зубов (средний ежедневный показатель соблюдения) Получили данные: группа А: 89.2%, группа В: 67.5%, группа С: 78.4%

Выводы:

1. Метод Фонеса : показал наилучшие результаты с точки зрения скорости удаления зубного налета (65,6%) и защиты десен, что тесно связано с его легко контролируемым круговым чистящим действием и незначительной механической стимуляцией десен.
2. Метод Басса : требует точного контроля под углом 45°, а уровень соблюдения операции у детей составляет всего 67,5%, что приводит к значительно худшим результатам по сравнению с другими группами ($p < 0,05$)
3. Метод Леонарда : Этот метод менее травмоопасен, но щетина должна очень мягкой. методику можно использовать для профилактики заболеваний пародонта и других заболеваний десен.

Литература

1. Diseases of the gums caused by dental plaque / S. Murakami // J. Periodontol. – 2018. – Vol. 89, Suppl. 1. – P. 17–27.
2. Periodontal diseases in children and adolescents / T.-J. Oh // J. Clin. Periodontol. – 2002. – Vol. 29, N 5. – P. 400–410.
3. Risk factors for periodontitis in children and young people / M.J. Albandar // Periodontol. 2000. – 2002. – Vol. 29, N 1. – P. 207–222.
- Periodontal diseases in children and adolescents / V. Clerehugh // Br. Dent. J. – 2008. – Vol. 204, N 8. – P. 469–473.
4. Epidemiology and associated factors of gingivitis in adolescents in Guangdong Province, Southern China: a cross-sectional study / W. Fei [et al.] // BMC Oral Health. – 2021. – Vol. 21, N 311. – DOI: 10.1186/s12903-021-01651-9.
5. Prevalence of gingivitis and associated risk factors among schoolchildren aged 6–12 years / X. Liu [et al.] // BMC Oral Health. – 2022. – Vol. 22, N 623. – DOI: 10.1186/s12903-022-02625-2.

Анализ остеомаркеров у детей с терминальной стадией хронической болезни почек при планировании ортодонтического лечения

Шайхатгарова И.И.¹, Масликова Е.А.¹, Еловская А.А.¹

Студент¹, ассистент кафедры¹, ассистент кафедры¹

д.м.н., профессор Морозова О.Л.², д.м.н., профессор Морозова Н.С.³

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

(Сеченовский Университет)

¹*Кафедра детской, профилактической стоматологии и ортодонтии*

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

²*Кафедра патологической физиологии Института цифрового дизайна и моделирования живых систем НТПБ*

³*Кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний*

Института стоматологии им. Е.В. Боровского

г. Москва, Российская Федерация

ilsiyarkaa24@mail.ru

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) — хроническое прогрессирующее заболевание, сопровождающееся нарушением работы почек [1]. На терминальной стадии заболевания (тХБП) развиваются выраженные минерально-костные нарушения (ХБП-МКН) [2]. Эти нарушения важно учитывать при планировании ортодонтического лечения, а именно проводить оценку состояния костной ткани челюстей во время диагностики и на этапах лечения.

Цель исследования — поиск наиболее информативной биологической жидкости для определения уровней маркеров ремоделирования кости у детей с тХБП до начала ортодонтического вмешательства.

Материалы и методы. Проведено пилотное проспективное исследование с участием 48 детей 7–17 лет. Пациенты были разделены на 3 группы: 1 — дети с тХБП, 2 — с дисфункцией трансплантата почки (ДТП), 3 — контроль. Определяли уровень остеокальцина (ОК) в сыворотке крови, ротовой и зубодесневой жидкости (ЗДЖ) и дезоксипиридинолина (ДПИД) в моче. Плотность костной ткани челюстей оценивалась по данным конусно-лучевой компьютерной томограммы (КЛКТ).

Результаты исследования. Уровни ДПИД в моче и ОК в ЗДЖ были выше в группах исследования, в особенности у пациентов с тХБП, по сравнению с контролем, а минеральная плотность костной ткани челюстей — снижена.

Выводы. Уровни ДПИД в моче и ОК в ЗДЖ являются наиболее информативными маркерами и коррелируют с минеральной плотностью костной ткани у детей с тХБП, что подчеркивает важность их оценки при планировании ортодонтического лечения.

Литература

1. Вялкова А.А., Зорин И.В., Чеснокова С.А., Плотникова С.В. Хроническая болезнь почек у детей // Нефрология. — 2019. — Т. 23, № 5. — С. 29–46. — DOI: <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2019-23-5-29-46>.
2. Borzych D., Rees L., Ha I.S. [et al.]. The bone and mineral disorder of children undergoing chronic peritoneal dialysis // Kidney Int. — 2010. — Vol. 78, № 12. — P. 1295–1304. — DOI: <https://doi.org/10.1038/ki.2010.316>.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Составители: Вдовина Ирина Владимировна, Хоммятов Марат Рифатович

ISBN 978-5-907826-20-5



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 23.05.2025

Формат 60х84/16.

Бумага офсетная. Гарнитура «Times». Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии «ОТТИСК»

101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д.17, стр. № 1