

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ЯРОСЛАВА МУДРОГО»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Том 20

ВЕЛИКИЙ НОВГОРОД

2018

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ЯРОСЛАВА МУДРОГО»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*Республиканский межвузовский
научно-практический сборник*

Том 20

ВЕЛИКИЙ НОВГОРОД

2018

Редакционная коллегия:

главный редактор – академик РАН, д.м.н., профессор В.Р. Вебер
зам. главного редактора – д.м.н., профессор Р.А. Сулиманов
зам. главного редактора – д.м.н., профессор Л.Г. Прошина

Редакционный совет:

д.м.н., профессор Г.С. Архипов (Великий Новгород)
д.м.н., профессор С.В. Жмайлова (Великий Новгород)
д.м.н., профессор Т.И. Оконенко (Великий Новгород)
академик РАН, д.м.н., профессор Н.А. Беляков (Санкт-Петербург)
д.м.н., профессор А.Н. Афанасьев (Москва)
д.м.н., профессор Г.Е. Гендлин (Москва)
д.м.н., профессор Б.Б. Бондаренко (Санкт-Петербург)
д.м.н., профессор В.Н. Мовчан (Санкт-Петербург)
д.м.н., профессор Б.Н. Котив (Санкт-Петербург)
д.м.н., профессор В.А. Лапотников (Санкт-Петербург)
д.м.н., профессор В.В. Дарвин (Сургут)
д.м.н., профессор Г.Н. Шумихина (Ижевск)
д.м.н., профессор М.М. Абакумов (Москва)

А43

Актуальные проблемы современной медицины: Республиканский
межвузовский научно-практический сборник / НовГУ им. Ярослава
Мудрого. – Великий Новгород, – 2018. – Т. 20. – 259 с.
ISBN 978-5-89896-714-7

УДК 616
ББК 5я43

ISBN 978-5-89896-714-7

© Новгородский государственный
университет, 2018

**ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ**

Цветков М.С.

Введение. Построение системы физического воспитания студентов, в большинстве случаев, осуществляется без достаточного точного представления о характере и специфике воздействий на организм тех или иных тренирующих средств, что не позволяет достаточно четко планировать учебно-тренировочный процесс по физическому воспитанию студентов и даёт только приближённое представление о подборе средств и методов тренировочных воздействий.

Цель исследований – изучение уровня развития функциональных систем организма, обуславливающих повышение физической работоспособности студентов в учебно-тренировочном процессе по физической культуре.

Задачи исследования:

– Определить уровень развития изучаемых функциональных систем организма, обеспечивающих повышение общей физической работоспособности студентов в учебно-тренировочном процессе.

– Разработать оптимальные уровни физических нагрузок для исследуемых групп студентов с последующим планированием учебного процесса по физической культуре.

Организация и методы исследования. Объектом нашего исследования были 50 студентов, отобранные по результатам обследования, проведенного по принятой программе. Дифференцировали испытуемых студентов на три группы, занимающиеся по общей физической подготовке в соответствии с программой. В каждую из групп включили студентов, сходных по уровню их функциональных возможностей, которые оценивались с помощью таких информативных критериев, как состояние сердечно-сосудистой системы – по частоте сердечных сокращений (ЧСС) и величине артериального давления (АД), измеренного по методу Короткова. При этом учитывались и неудовлетворительные субъективные ощущения студентов (например, головная боль, вялость, плохой сон и др.).

Результаты исследований. Одной из задач управления процессом физической подготовки является дифференциация объемов и интенсивности физической нагрузки в зависимости от функциональных возможностей студентов. Эти данные служили в качестве критериев для планирования объема и интенсивности тренировочных нагрузок и назначения студентам соответствующего тренировочного режима (табл. 1).

К первой группе было отнесены студенты, имеющие относительно высокие показатели работоспособности, ЧСС утром в покое – 50–70 уд/мин,

БЕЛОВА В.А.	БРУКСИЗМ (КЛИНИЧЕСКИЙ ОБЗОР).....	80
СМИРНОВА Т.В. НУРМЕТОВА К.А. КУЗНЕЦОВ Н.М.	ВЛИЯНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВУЮ СФЕРУ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОСОМАТИКИ.....	82
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ		
ИВАНОВА А.В. ФАН Т.К.	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА НА ФОНЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА.....	85
КУРБАНАГОМЕДОВ М.К.	АСПЕРТИЛЕЗ ЛЕГКИХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	89
НУРМЕТОВА К.А. СМИРНОВА Т.В. СМИРНОВА М.С.	АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ ШЛА ТИПА.....	93
МИНЖИЛИЙ Т.А. ЛЕДЕНЦОВА М.В. КОПИНА М.Н.	НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЕ ПЕПТИДЫ: ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	97
СУЛЕЙМАНОВА М.А. КОПИНА М.Н.	ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СКОРОСТИ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	100
СЕЛИВЕРСТОВ Д.Ю. ЧИБИСОВ В.А. КОПИНА М.Н.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ.....	103
ХОХЛОВА А.С. КРЫЛОВА О.С. КОЗАЧУК Я.А. РАСУЛОВА Т.Х.	КАФЕДРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗНЫХ ГРУПП.....	108
КИРТАДЗЕ М.Д. ГУДЪЕ П.А.	НЕКОТОРЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ ГЕРОПРОТЕКТОВ.....	112
ПАВЛОВА А.А. ПАВЛОВА В.А. ХРУЦКИЙ К.С.	НОВАЯ ЭРА В ФАРМАКОЛОГИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ИММУНОТЕРАПИЯ. СРАВНЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННОГО СЧЕК-ПОИНТ.....	115
ЦВЕТКОВА Т.В. МИНЖИЛИЙ Т.А. ХРУЦКИЙ К.С.	КАФЕДРА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ.....	119
КИРТАДЗЕ М.Д. ЖМАЙЛОВА С.В.	ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ. МЕТОДОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	122
ФЕДОРОВ Т.В. ШВЕЦОВ Д.А. ШВЕЦОВА Т.П.	КАФЕДРА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ.....	124

ШУКИНА Е.Ю. БРИТОВА А.А.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ИНОСТРАННЫХ И РОССИЙСКИХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В НОВГУ.....	138
РОМАНОВА М.П. НЕДЕЛЬСКАЯ Л.А. ПРОЗОРОВА Н.П. ГОЛУБЕВА Д.А.	ПОВЫШЕННАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ У РАБОЧНИХ ПРЕДПРИЯТИЙ С ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА.....	139
НЕДЕЛЬСКАЯ Л.А. ПРОЗОРОВА Н.В.	МУКОГЛИНТИВАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА.....	137
КАНЕВА Г.А. БРИТОВА А.А.	СИНУС-ЛИФТИНГ В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИМПЛАНТОЛОГА.....	141
ВАСИЛЬЕВА Е.А. ВОЛКОВА В.В. КОВАЛЕВА М.С.	РЕЗОРБЦИИ КОРНЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	145
КОНДРАТЬЕВА А.А. ДУБКОВА Ю.В. ИВАНОВА В.В.	РОЛЬ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ.....	147
МИНИНА Э.Ю. МАСЛОВ Р.М. КОНДРАТЬЕВА А.А. КЛИМЕНКО Н.С.	ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	150
ГАВРЮТОВА Д.А. КРАПИВИН Е.В.	ПРИМЕНЕНИЕ МИНИ-ИМПЛАНТОВ В ОРТОДОНТИИ.....	152
НЕДЕЛЬСКАЯ Л.А. БЫСТРОВА К.Ю. ПРОЗОРОВА Н.В.	ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ЗУБА АДГЕЗИВНЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ.....	153
НЕДЕЛЬСКАЯ Л.А. ПРОЗОРОВА Н.В.	КАФЕДРА МИКРОБИОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧАСТОТА АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В НОВОГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.....	156
КИРИЛЛОВА А.В. АСАДУЛЛАЕВ М.Р. КУШПИТА А.О. АБРАМОВ Н.В.	КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР.....	163
ЛЕСЕНКОВ С.В. СМИРНОВА И.В. АРХИПОВА Е.И.	ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛИШЕИМ ЭНЦЕФАЛИТОМ ПО НОВОГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 5 ЛЕТ.....	166
СТЕРЛЯГОВА Е.В. МУРАШЕВА Н.Н. СТУСКОЛКИНА Н.Е.	ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В НОВОГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	169

Определение теста эмалевой резистентности заключалось в следующем: на середину вестибулярной поверхности центрального резца верхней челюсти наносили каплю 1Н раствора соляной кислоты диаметром 2 мм, через 5 секунд кислоту смывали, поверхность высушивали, далее наносили 2%-ный раствор метиленовой сини, через 1 минуту краситель удаляли с помощью ватного тампона, интенсивность окрашивания оценивали по 10-польной шкале синего цвета.

Результаты исследования: Во всех наблюдаемых группах был получен выраженный клинический результат.

При кариесе до исследования меловидные пятна окрашивались в темносиний цвет – 7,3 балла. После 7 процедур пятно уменьшилось, что составило 5 баллов. Через 15 сеансов исчезновение пятен было зафиксировано в 80% случаев (n=16), а в 20% (n=4) случаев активность деминерализации была низкая – 1,5 балла.

Среднее значение Индекса Реминерализации (ИР) клинических дефектов до начала исследования 3,2 балла. После 7 процедур – 2,1 балл. После 15 сеансов снизилось до 1 балла.

Во 2-ой группе у 10 (70%) пациентов с гиперестезией после пятой процедуры снизилась болевая реакция на температурные и химические раздражители. Быстрое снижение интенсивности боли после седьмой процедуры аппликации геля было среди пациентов 4-ой и 5-ой групп с гиперестезией, обусловленной повышенной окклюзионным стиранием 70% (n=3) и эрозией эмали 70% (n=3).

До курса реминерализации гелем результаты теста эмалевой резистентности составляли 6 баллов, а после курса реминерализации 4 балла.

Выводы. В результате аппликаций геля «R.O.C.S. Medical Minerals» эффект реминерализации зубов отмечен при начальном кариесе и при некариозных поражениях зубов легкой степени. Благодаря формированию стабильной пленки при нанесении на поверхность зубов, гель обеспечивает постепенное проникновение активных компонентов в ткань зуба. Восстанавливает минеральную насыщенность зубов, что повышает устойчивость зубов к кариесу. Так же снижает чувствительность и улучшает внешний вид зубов.

1. Оценка эффективности средств для реминерализующей терапии / О.В. Сысоева, О.В. Бондаренко, С.И. Токмакова, Е.Г. Дударева // Проблемы стоматологии. Екатеринбург. – 2013. – № 3. – С. 32–35.

2. Клинические возможности применения современных реминерализующих составов у взрослых / Ю.А. Федоров, В.М. Дрожжина, С.К. Матело, С.А. Туманова // Клиническая стоматология. – 2008. – № 3. – С. 32–34.

3. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов. – М.: Научно-практический журнал «Новое в стоматологии». – 1997. – № 10 (60). – 146 с.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ

Романова М.В., Недельская Л.А., Прозорова Н.В., Голубева Д.А.

Введение. Общее состояние здоровья беременной женщины, в частности состояние полости рта и зубочелюстной системы, влияет на гармоничное и полноценное развитие плода. Поэтому желательнее еще до наступления беременности привести свои зубы в порядок, чтобы не только сохранить их здоровыми и красивыми, но и не навредить своему ребенку [1].

Зубы, имеющие патологические очаги, служат источником хронической инфекции в организме беременной [2]. При воспалительных заболеваниях зубочелюстной системы (кариес-пульпит-периодонтит-остеомиелит-перистит) токсины попадают в кровеносное русло матери и распространяются по всему организму, что может повлиять на состояние плода, спровоцировать выкидыш, преждевременные роды и рождение ребенка с маленькой массой тела [3].

Цель. Определить изменение состояния полости рта у беременных, в частности, рН слюны.

Материалы и методы. Проведено анкетирование и измерение рН ротовой полости 52 беременных, находящихся на лечении в ОКРД №2 за период с октября 2017 по март 2018 гг. Возраст пациенток составил от 17 до 35 лет со сроком гестации от 22 до 40 недель.

Результаты исследования. 38% отметили изменение вкусовых ощущений, 61% опрошенных не замечали этого, 1% затруднились ответить. Из них 25% отметили повышение слюноотделения, 39% – повышение чувствительности зубов, у 56% появилась кровоточивость десен.

Таблица 1

Количество чисток полости рта в сутки

73%	2 раза в день
4,9%	1 раз в день
12,2%	2–3 раза в день
4,9%	3 раза в день
5,0%	0

Таблица 2

Количество посещений стоматолога

Раз в полгода	Раз в год	Когда болит зуб	Чаще, чем раз в полгода
22%	22%	52,8%	3,2%

Таблица 3

рН слюны

	39%	34,47%	9,79%	7,39%	7,39%
рН	6	6,2	6,8	7	7,2

Выводы.

1. В ходе исследования значение pH 6,0 превалировало.
2. Приблизительно 40% опрошенных отметили изменение вкусовых ощущений.
3. 39% отметили появление гиперчувствительности.

1. Лукашевич И.К., Кирпичникова И.А., Горбунова И.Л. Клиническая оценка состояния органов тканей полости рта у беременных // Мед. вестн. Башкортостана. – 2016.
2. Проходная В.А. Сравнительный анализ стоматологического статуса беременных и кормящих матерей // Фунд. исслед. – 2013. – № 7. – С. 154–157.
3. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М.: Нижний Новгород: Медицинская книга. НГМА, 2001. – 304 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ИНОСТРАННЫХ И РОССИЙСКИХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В НОВГУ

Недельская Л.А., Прозорова Н.В.

Введение. В этиологии и патогенезе многих стоматологических заболеваний важную роль играет уровень гигиены полости рта. Именно работа над этим помогает снизить уровень заболеваемости [1].

Цель.

- Выяснить осведомленность студентов о средствах гигиены полости рта, о правильности и регулярности их использования.
- Дать объективную оценку гигиенического состояния полости рта с использованием гигиенических индексов.

Материалы и методы. Проводился стоматологический осмотр, опрос и определение индексов гигиены полости рта (РНР, КПУ) 40 иностранных и 20 российских студентов НовГУ в возрасте от 18 до 27 лет на базе Учебно-клинического стоматологического центра НовГУ в течение года.

Результаты. В исследовании приняло участие 68% мужчин и 32% женщин.

Таблица 1

Процентное соотношение иностранных студентов

Марокко	45%	Африка	18%	Польша	8%	Молдова	8%	Германия	5%	Туркменистан	6%	Филиппины	3%	Корея	3%	Иордания	2%	Австрия	2%
---------	-----	--------	-----	--------	----	---------	----	----------	----	--------------	----	-----------	----	-------	----	----------	----	---------	----

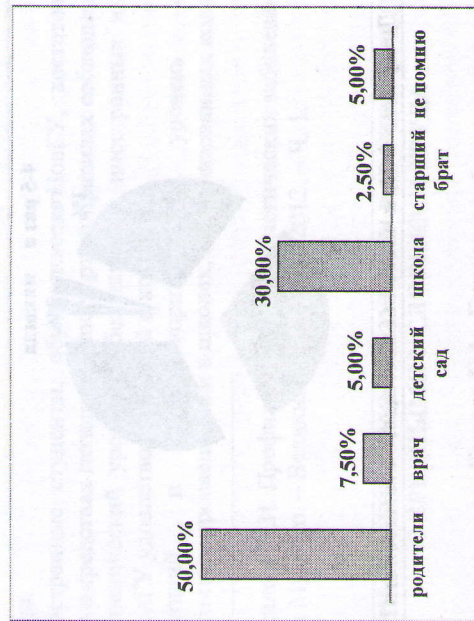


Диаграмма 1. Информацию о правилах гигиены вы получили от кого

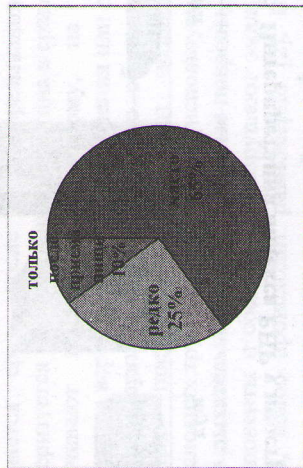


Диаграмма 2. Частота употребления углеводов

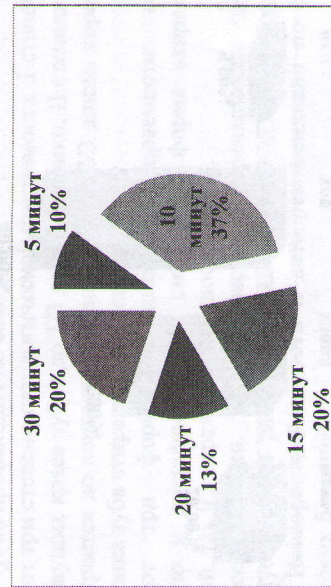


Диаграмма 3. Как долго вы жуете жевательную резинку?

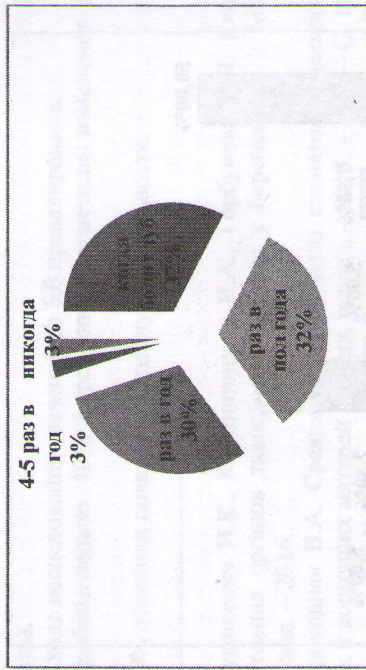


Диаграмма 4. Как часто вы посещаете стоматолога?

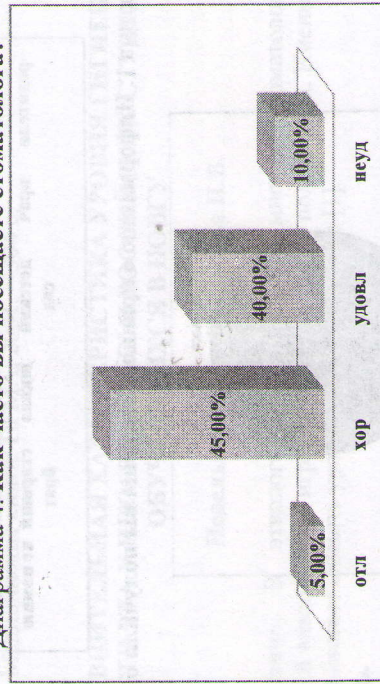


Диаграмма 5. Интерпретация индекса РНР у иностранных студентов

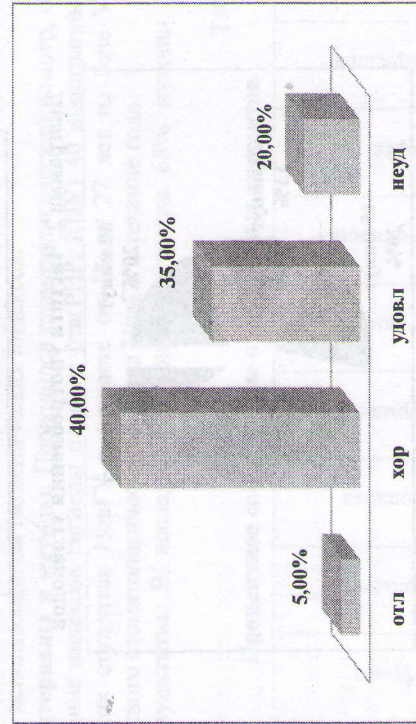


Диаграмма 6. Интерпретация индекса РНР у российских студентов

Выводы.

1. Иностранные студенты, обучающиеся НовГУ, достаточно хорошо осведомлены о средствах гигиены полости рта и правилах соблюдения ГПР.
2. Гигиенический уровень у большинства иностранных и российских студентов НовГУ удовлетворительный и хороший.
3. Хороший и удовлетворительный уровень объясняется стоматологическим просвещением в школах, в организованных коллективах.

1. Васильев В.И. Профилактика стоматологических заболеваний / НовГУ им. Ярослава Мудрого. – Великий Новгород. – 2012. – Ч. 1.

ПОВЫШЕННАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ У РАБОЧИХ ПРЕДПРИЯТИЙ С ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Канева Г.А., Бригова А.А.

Физиологическая стираемость зубов протекает в течение всей жизни человека и начинается сразу после их прорезывания. Патологическая стираемость характеризуется убылью эмали и дентина в сравнительно короткий срок. Зубы утрачивают анатомическую форму, на соприкасающихся поверхностях образуются воронкообразные углубления или площадки, которые острыми краями травмируют язык и слизистую оболочку губ и щек [1]. Профессии «вредных» предприятий обязывают человека находиться в неблагоприятных условиях труда, когда частицы используемых в производстве веществ попадают в дыхательные пути, на кожные покровы, в полость рта и на зубы. Твёрдые компоненты и соединения разрушают эмаль быстрее, чем это заложено природой, износ происходит равномерно [2]. Вибрации, а также напряжения жевательных мышц при тяжёлом физическом приводят к стираемости окклюзионной поверхности зубов. Генерализованная стираемостью зубов происходит по всей дуге.

Выделяют три степени патологической стираемости. I степень – стирание бугорков и режущих краев зубов до 1/3 длины коронки, II степень – коронковая часть зуба стирается до контактных площадок на 2/3 длины коронки и при III степени – коронка зуба стирается до десны.

Выделяют три формы повышенной стираемости: вертикальную, горизонтальную и смешанную. При смешанной форме стираемость как в горизонтальной, так и в вертикальной плоскости [3].

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости патологической стираемости зубов среди работников завода ОАО «Старорусприбор» города Старая Русса Новгородской области и дать рекомендации по профилактике стоматологических болезней.

Материалы и методы. Всего обследовано 100 человек в возрасте от 20 до 40 лет. Первая группа включала 50 человек, являющихся работниками завода. Специализация завода состоит в производстве газогорелочных

На контрольной МСКТ от 15.12.2016 выявлена существенная положительная динамика, утолщение слизистой в нижнем отделе правой верхнечелюстной пазухи не прослеживается. Пациент отмечает улучшение состояния, жалоб не предъявляет.



Рис. 3. Контрольная МСКТ от 15.12.2016

Выводы.

До настоящего времени воспалительные и дистрофические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух одонтогенного генеза остаются актуальным вопросом в практике врача стоматолога, прежде всего, в связи с сохраняющейся высокой частотой заболевания и постоянной тенденцией к ее повышению.

Именно хирург-стоматолог иногда является первичным звеном по выявлению и дальнейшему лечению данного заболевания.

Использование современных методов диагностики позволяет врачу стоматологу-хирургу своевременно выявить заболевание, а выбор правильного подхода к лечению одонтогенных синуситов предотвращает последующие осложнения данного заболевания.

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Недельская Л.А., Быстрова К.Ю., Прозорова Н.В.

Актуальность. За последние годы существует множество научных статей, посвященных взаимосвязи сахарного диабета и пародонтита. Наличие пародонтита в анамнезе обуславливает повышение уровня глюкозы из-за увеличения резистентности к инсулину. Таким же образом сахарный диабет влияет на пародонт, начиная от диабетической полинейропатии,

микроваскулопатии, снижением иммунитета и заканчивая атрофией костной ткани, а также снижением секреции слюны [2].

Исходя из вышеперечисленного, сотрудничество между стоматологами и эндокринологами крайне необходимо на сегодняшний день.

Цель. Оценка состояния полости рта у больных сахарным диабетом 2 типа, а также влияние данного заболевания на состояние полости рта.

Введение. Изменение состава слюны сопровождается увеличением уровня глюкозы, повышением концентрации кальция по сравнению со здоровыми людьми.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие пациенты УКСЦ НовГУ, подписав предварительно информированное согласие на проведение исследования. В исследовании приняли участие 28 пациентов в возрасте от 25 до 76 лет с диагнозом СД компенсированного типа (первая группа) и 15 пациентов такого же возраста и пола без диагноза СД.

У пациентов были определены индексы РМА, Грина-Вермильона, которые говорят о течении гингивита, пародонтита, а также уровне гигиены полости рта.

Результаты исследования. Исходя из статистических данных, значения РМА и индекс Грина-Вермильона отличались в обеих группах, у пациентов с СД в анамнезе течение пародонтита было прогрессивнее, а также уровень ГПР был плохой. У пациентов из первой группы преобладает тяжелая и средняя степень воспаления. А у пациентов без СД в анамнезе гингивит либо отсутствовал, либо был в легкой или средней степени тяжести. Удовлетворительный уровень ГПР наблюдался в двух группах, однако у пациентов первой группы плохой уровень ГПР преобладал.

Таблица 1

Показатели	Пациенты с СД 2 типа (n=28)	Пациенты без СД (n=15)
	Индекс РМА(%)	
Гингивит отсутствует	0	69
Легкая степень	23	23
Средняя степень	32	12
Тяжелая степень	45	0

Таблица 2

Индекс Грина-Вермильона		
Хороший уровень	19	20
Удовлетворительный	65	76
Плохой	18	4

Исходя из литературных данных, [1, 3] и из результатов исследования, пасты с хлоргексидином и тирклозаном могут быть рекомендованы пациентам с СД любого типа.

Выводы. По данным исследования, а также исходя из литературных данных у пациентов с СД 2 типа распространность гингивита, пародонтита была высокой, уровень ГПР был преимущественно плохой и неудовлетворительный.

Больным с СД любого типа рекомендуется пользоваться зубными пастами, имеющими в составе хлоргексидин и триклозан [President, Lascalutative, Paradontax].

1. Соколова О.А., Аванесов А.М. Сахарный диабет: роль стоматолога в улучшении качества жизни // *Мат. X Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке»*. РУДН 2009. – Вып. 5. – С. 214–215.
2. Зырянов Б.Н. Стоматологические маркеры поражения полости рта при сахарном диабете 2 типа у лиц среднего возраста // *Молодой ученый*. – 2014. – № 3. – С. 178–181.
3. Хромова Е.А., Мороз Б.Т. Оценка эффективности применения зубной пасты «Синквел актив» и ополаскивателя «Синквелсенситив» при лечении повышенной чувствительности зубов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // *Институт стоматологии*. – 2009. – С. 78–79.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИ-ИМПЛАНТОВ В ОРТОДОНТИИ

Недельская Л.А., Шершневская А.И.

Введение. Уже более двадцати лет мини-импланты нашли широкое применение в Америке. Их разработчиком является Сандакс. На данный момент они приобретают широкое применение по всему миру.

Мини-импланты представляют собой титановые штифты до 2 мм в диаметре и длиной 6–10 мм. Они фиксируются в костной ткани, но не приживаются в ней и легко извлекаются при желании. Благодаря верхушке, которая остается на поверхности, они прикрепляются с помощью эластичных тяг к бректам. Благодаря чему они оказывают давление на зубы. Крепятся мини-импланты в области боковых зубов, благодаря чему остаются незаметными при общении.

Цель. Оценить преимущества и недостатки мини-имплантов, а также актуальность их использования.

Показания к применению:

1. Ортодонтическое лечение пациентов с 14 лет.
2. Увеличение нагрузки на зубы в комплексе с брекет-системами.
3. Любые патологии прикуса.

Противопоказания:

1. Наркотическая зависимость.
2. Алкоголизм.
3. Слабый иммунитет.
4. Болезнь Альцгеймера.

5. Рак.

6. Диабет.

Установка:

1. Проведение местной анестезии.
2. Обработка ротовой полости антисептиком.
3. Вкручивание мини-имплантов через десну между корнями зубов (несколько минут).

Принцип действия: мини-импланты позволяют сократить срок лечения пациента и расширить возможность для мезио-дистального и вертикального перемещения зубов.

Выводы. К преимуществам мини-имплантов можно отнести их минимальную травматичность, низкий риск возникновения аллергии, простоту в использовании, а также они облегчают процесс выравнивания зубов без использования дополнительной аппаратуры или хирургических вмешательств.

1. <https://createsmile.ru/mini-implanty/>
2. <http://www.doctorchekanov.ru/mini-implanty-v-ortodontii/>
3. http://www.zubi-breketi.ru/breketi/read/ortodonticheskie_mini_implanti.html

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ЗУБА АДГЕЗИВНЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ

Недельская Л.А., Прозорова Н.В.

Введение. Адгезивный мостовидный протез (мост без обточек, Мериленд мост, ретейнер Рочетта) – способ восстановления зубного ряда без обточки опорных зубов.

В отличие от обычного моста, он крепится к опорным зубам посредством тонких пластин с язычной или небной стороны. Такое крепление почти незаметно.

Цель. Оценить преимущества и недостатки данной системы.

Материалы и методы. Работа проводилась на моделях УКСЦ НовГУ.

Показания:

1. При включенных дефектах зубных рядов малой протяженности, максимум 2 зубов.
2. При необходимости в одновременном замещении дефекта зубного ряда и шинировании в связи с заболеваниями пародонта.
3. При необходимости срочного замещения отсутствующего зуба в эстетических целях.
4. Отказ пациента от классических ортопедических методов восстановления.
5. Изготовление временного мостовидного протеза, например при двухэтапной имплантации [3].

Противопоказания:

- ✓ отсутствие грез и более зубов подряд;
- ✓ заболевание зубов, используемых в качестве опорных;
- ✓ на зубах-антагонистах установлены керамические или металлокерамические конструкции;
- ✓ стоматологические заболевания в острой стадии.

Плюсы конструкции:

- минимальная обработка опорных зубов, нет необходимости в удалении пульпы;
- протезирование не занимает много времени (в некоторых случаях пациент уходит с протезом уже после первого посещения стоматолога);
- отсутствие металлических частей в протезе, что обеспечивает высокие эстетические показатели;
- адгезивный мост позволяет корректировать дефекты прямо в ротовой полости, что очень удобно как для пациента, так и для доктора;
- процесс обратим – в случае необходимости протез можно безболезненно извлечь из ротовой полости;
- конструкция подлежит ремонту;
- композит легко деформируется, это обеспечивает микроподвижность опорных зубов;
- доступная стоимость [2].

Минусы:

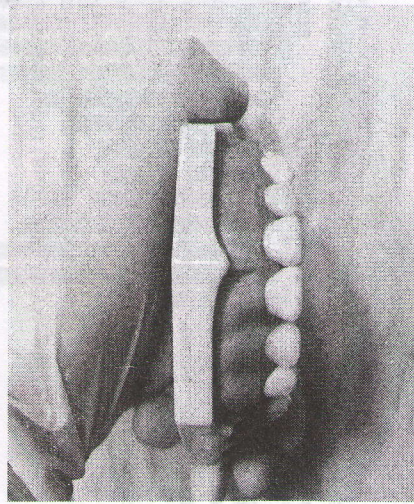
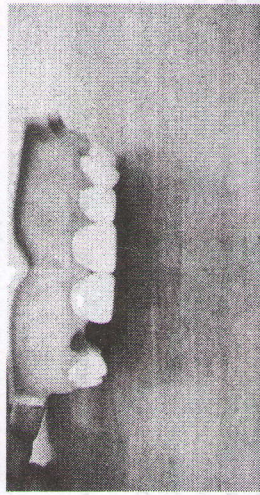
- ✓ конструкция не отличается высокой прочностью и служит своему владельцу максимум 3 года при условии бережного отношения;
- ✓ материалы, которые используются при изготовлении адгезивных конструкций, подвержены сколам и трещинам. Они постепенно теряют свой изначальный цвет, тускнеют;
- ✓ адгезивный мост не способен полноценно распределять нагрузку, поэтому возрастает риск развития заболеваний опорных зубов;
- ✓ в области дефекта постепенно атрофируется костная ткань, что приводит к «провисанию» моста.

На модели было смоделировано отсутствие 12 зуба.

Этапы:

1. Обработка опорных зубов на толщину эмали.
2. Выбор промежуточной части.
3. Протравка зубов ортофосфорной кислотой 15 секунд.
4. Нанесение композита 4 поколения.
5. Внесение тонкого слоя пакуемого композита (FiltekB3).
6. Полимеризация 20 секунд.
7. Измеряем необходимую длину.
8. Отрезаем такой же кусок стекловолоконной нити и смачиваем ее адгезивом 4 поколения.
9. Фиксация стекловолоконной нити к опорным зубам на предварительно нанесенный композит.
10. Полимеризация 20 секунд [1].

11. Фиксация промежуточной части с предварительно нанесенным композитом к стекловолокну.
12. Полимеризация 20 секунд.
13. Нанесение последнего слоя текучего композита FiltekFlow для создания гладкости с язычной поверхности.
14. Полимеризация 20 секунд.



Выводы. Исходя из вышеперечисленного можно сделать вывод, что адгезивный мост требует минимальной обточки, его просто изготовить в одно посещение, а также его можно использовать после удаления зуба. Но следует учитывать, что он недолговечен, длительное ношение может привести к расшатыванию опорных зубов и он не способен равномерно распределять нагрузку.

1. <http://www.smile-center.com.ua/articles-adgezivnii-most.html>
2. <http://spartamed.ru/stati/adgezivnyy-mostovidnyy-protéz>
3. <http://www.kirillkoston.ru/myblog/99-protézirovanie-bez-obtochki.html>