

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



Актуальные вопросы современной медицины

Выпуск X

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 марта 2023 г.)**

г. Екатеринбург

2023 г.

**Издатель Инновационный центр развития образования и науки
(ИЦРОН), г. Нижний Новгород**

ISSN: 2587-7917

УДК 61(06)

ББК 5я43

Актуальные вопросы современной медицины. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 10. г. Екатеринбург. – НН: ИЦРОН, 2023. 30 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., проф. Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., проф. Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н. Бойкова Е.И. (г. Смоленск), д.м.н., проф. Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н., проф., акад. РАЕН, акад. МАНЭБ Долгинцев В.И. (г. Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., проф. Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доц. Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доц. Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., доц. Карасаева Л.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., чл.-кор. РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), к.ф.-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), д.м.н., доц. Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), к.м.н., доц. Марченко Д.В. (г. Иркутск), д.м.н., проф. Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н. Полякова А.Г. (г. Нижний Новгород), д.м.н., проф. Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., проф. Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., проф. Стебунов С.С. (г. Минск), д.м.н., проф. Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), к.м.н., доц. Турдыева Ш. Т. (г. Ташкент), д.м.н. профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д-р биол. наук, проф. Фалалеев А.Г. (г. Минск), к.м.н., доцент Федотова Е.В. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Халматова Б.Т. (г. Ташкент), к.м.н., доц. Хидирова Л.Д. (г. Новосибирск), к.м.н., проф. Чвякин В.А. (г. Москва), д.м.н., проф. Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., проф. Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам X Международной научно-практической конференции «**Актуальные вопросы современной медицины**», г. Екатеринбург представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

Статьи, принятые к публикации, размещаются в полнотекстовом формате на сайте eLIBRARY.RU.

© ИЦРОН, 2023г.

© Коллектив авторов

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	6
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА	6
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ	6
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА	6
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ	6
СЕКЦИЯ №6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	6
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	6
НАШИ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ	
Сапожников В.Г.	6
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ	8
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ	8
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА	8
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ	8
СЕКЦИЯ №12	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ	8
СЕКЦИЯ №13	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ	9
СЕКЦИЯ №14	
КАРДИОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №15	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №16	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	9
СЕКЦИЯ №17	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	9
СЕКЦИЯ №18	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	9
СЕКЦИЯ №19	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ	9

СЕКЦИЯ №20	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	9
СЕКЦИЯ №21	
МЕДИЦИНА ТРУДА	9
СЕКЦИЯ №22	
НАРКОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №23	
НЕЙРОХИРУРГИЯ	9
СЕКЦИЯ №24	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ	9
СЕКЦИЯ №25	
НЕФРОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №26	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	9
СЕКЦИЯ №27	
ОНКОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №28	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	9
СЕКЦИЯ №29	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ	9
СЕКЦИЯ №30	
ПЕДИАТРИЯ	10
СЕКЦИЯ №31	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	10
СЕКЦИЯ №32	
ПСИХИАТРИЯ	10
СЕКЦИЯ №33	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №34	
РЕВМАТОЛОГИЯ	10
СЕКЦИЯ №35	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ	10
СЕКЦИЯ №36	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ	10
СЕКЦИЯ №37	
СТОМАТОЛОГИЯ	10
ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	
Волкова Л.Ю.....	10
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	
Филиппова Е.С.	13
АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Иванова М.П.	15

ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЕЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ АКРИЛОВЫХ ЗУБОВ ЛИТЫМИ НАКЛАДКАМИ. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ	
Салимов Т.М., Зиганшина И. И.	18
СЕКЦИЯ №38	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	21
СЕКЦИЯ №39	
ТОКСИКОЛОГИЯ	21
СЕКЦИЯ №40	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ	21
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СТУДЕНТОВ ВУЗА	
Виндерлих М.Е.	21
СЕКЦИЯ №41	
ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ	24
СЕКЦИЯ №42	
УРОЛОГИЯ	24
СЕКЦИЯ №43	
ФТИЗИАТРИЯ	24
СЕКЦИЯ №44	
ХИРУРГИЯ	24
ГАЗОВЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ	
Медведев К.В., Борта К.Е., Гусев, Протченков М.А.	24
СЕКЦИЯ №45	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	27
СЕКЦИЯ №46	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	27
СЕКЦИЯ №47	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА	27
СЕКЦИЯ №48	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	27
СЕКЦИЯ №49	
ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА	27
СЕКЦИЯ №50	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ	27
СЕКЦИЯ №51	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	27
СЕКЦИЯ №52	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ	27
СЕКЦИЯ №53	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ	27
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2023 ГОД	28

**СЕКЦИЯ №1.
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №2.
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА**

**СЕКЦИЯ №3.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №4.
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА**

**СЕКЦИЯ №5.
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ
ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ**

**СЕКЦИЯ №6.
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №7.
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

**НАШИ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

Сапожников В.Г.

ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», медицинский институт, г. Тула

Была доказана ведущая роль *Helicobacter pylori* (Нр) в развитии большинства форм хронических гастродуоденитов, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка у взрослых и детей [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10].

По нашим данным [6, 7, 8] Нр определяется у 68,5 % детей различного возраста с хроническими гастродуоденитами, в 100 % случаев – при язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки и желудка.

Нами в 1995 году [6, 8] была предложена следующая схема трехкомпонентной терапии Нр-ассоциированных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, включающая в себя:

1. Де-нол, викалин, другие висмутсодержащие препараты.
2. Метронидазол (трихопол).
3. Оксациллин.

В 1997 году эта схема антихеликобактерной терапии у детей была нами уточнена [8] и включила в себя такие препараты, как:

1. Препараты коллоидного субстрата висмута (де-нол и т.д.).
2. Антипротозойные препараты (метронидазол, тинидазол) или нитрофурановые средства (фуразолидон, фурагин и т.д.).
3. Антибиотики (клацид, оксациллин, амоксициллин и т.д.).

Нами за период с 1993 по 2023 годы было обследовано и пролечено 16600 детей в возрасте от 3 до 18 лет с хроническими Нр-ассоциированными формами гастродуоденитов. Для верификации диагноза использовалось эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с забором и дальнейшим исследованием биопсийного материала из слизистой стенки желудка и двенадцатиперстной кишки

гистологическими методиками окраски срезов гематоксилин-эозином, импрегнацией азотнокислым серебром по Вартинг-Старри, Куприянову, Кампосу (6200 больных). Применялся де-нол-тест для выявления Нр в биоптатах у 6320 больных детей, дыхательный тест на Нр у 9100 детей с хроническими гастродуоденитами.

У 5420 детей проводилось серологическое исследование с целью определения Ig G, М к Нр. У 1430 детей проводилось фракционное желудочное зондирование. У 2300 детей проведена рН-метрия желудочного содержимого [3]. Всем обследованным проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, включая исследование желудка и двенадцатиперстной кишки методом акустического контрастирования с определением эвакуаторной способности желудка, дуоденогастрального, гастроэзофагеального рефлюксов, с оценкой секреторной функции желудка.

Лечение больных детей с хроническими Нр-ассоциированными гастродуоденитами в стадии обострения включало в себя щадящую диету и проведение эрадикационной антихеликобактерной трех- или четырехкомпонентной терапии. Сразу отметим, что необходимости в применении пятикомпонентной антихеликобактерной терапии ни у кого из исследованных больных детей не наблюдалось.

Применяемая нами схема антихеликобактерной терапии на протяжении 20 лет у детей включала в себя следующие основные компоненты:

1. Висмута трикалия дицитрат (де-нол) – детям старше 6-9 лет в дозировке по 120-240 мг × 2 раза в день курсом от 7 до 21 суток в зависимости от клинической ситуации, массы тела, возраста больного ребенка.

2. Метронидазол – по 125-500 мг × 2 раза в день или нифурател (макмирор) по 100-400 мг × 2 раза в день, или энтерофурил по 100-400 мг × 2 раза в день курсом 7 суток.

3. Антибиотик (амоксициллин, ампициллин по 125-500 мг × 2 раза в сутки, или макролиды типа фромилида, кларитромицина, азитромицина по 125-500 мг × 2 раза в день 5-7 суток).

4. Ингибиторы протонных помп (омепразол, ультоп, контролок по 10-40 мг × 1 раз в день утром курсом 10-21 сутки в зависимости от степени выраженности гиперацидности в желудке, от индивидуальной клинической ситуации).

Необходимо отметить, что в 65 % случаев полной эрадикации Нр, ремиссии у больных, особенно младшего возраста, удалось достигнуть, используя трехкомпонентную (без ингибиторов протонных помп) схему антихеликобактерной терапии. В 35 % случаев, преимущественно у детей старше 12 лет – потребовалась четырехкомпонентная антихеликобактерная терапия для достижения полной многолетней ремиссии, эрадикации Нр.

В последние 10 лет было отмечено частое снижение чувствительности штаммов Нр к метронидазолу. В сочетании с его плохой переносимостью, частыми побочными эффектами это привело к тому, что в последние 10 лет метронидазол мы перестали включать в схему антихеликобактерной терапии у детей, заменив его нифурателом (макмирором), который лишен этих ненужных эффектов, отлично переносится детьми различного возраста. Кроме этого нифурател обладает великолепной, противоямблиозной активностью. Кишечный лямблиоз определялся нами при выборочном исследовании кала у 80 % детей из 2400 обследованных.

Из антибиотиков, особенно в последние 10 лет предпочтение отдавали амоксициллину или макролидам, которые обладают из этого ряда препаратов на сегодня максимальной антихеликобактерной активностью.

В 12 % случаев из всего числа 16600 пролеченных нами детей с Нр-ассоциированными гастродуоденитами в стадии обострения приходилось прибегать к повторному назначению этиопатогенетической терапии спустя 3-9 месяцев после первого курса антихеликобактерной

трехкомпонентной терапии, доводя ее до четырехкомпонентной.

У 830 детей с Нр-ассоциированными гастродуоденитами в возрасте старше 10 лет при упорном, рецидивирующем 2 и более раз обострениях заболевания после проведенного первичного антихеликобактерного лечения повторную Нр-эрадикационную терапию мы сочетали с назначаемым с целью иммунокоррекции препаратом иммуномакс, вводимым в дозировке 100 или 200 ЕД в зависимости от возраста 1 раз в сутки внутримышечно 6-дневным курсом (1, 2, 3 – 8, 9, 10 сутки).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бордин Д.С., Шенгелия М.И., Иванова В.А., Войнован И.Н. *Helicobacter pylori*, клиническое значение и принципы диагностики // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2022. №11(1). С.119-129.
2. Горбунов Н.С., Цуканов В.В., Токарев А.В. и др. Конституциональные особенности взаимодействия *Helicobacter pylori* и организма человека // Сибирское медицинское обозрение. 2002. №24(4). С.21-26.
3. Мазурин А.В., Запруднов А.М. Актуальные проблемы гастродуоденита // Вопросы детской гастроэнтерологии. Горький. 1980. № 1. С. 54-60.
4. Сапожников В.Г. Антихеликобактерная терапия у детей // Врач. 2016. №(2). С. 65-67.
5. Сапожников В.Г. О лечении детей хеликобактерассоциированными гастродуоденитами // Смоленский медицинский альманах. 2016. №(3). С.168-172.
6. Сапожников В. Г. Некоторые разделы детских болезней. Тула: Изд-во ТулГУ, 2021. С. 217-225.
7. Сапожников В.Г., Харитонов Д.В. Взгляд на этиопатогенез хронического гастродуоденита и язвенной болезни у детей (краткий обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2022. №2. С. 23-26.
8. Сапожников В. Г., Тарасова О. В., Харитонов Д. В. Избранные главы детской гастроэнтерологии. Монография. Под общей редакцией д.м.н., проф. В. Г. Сапожникова. Тула: Издательство Тульского государственного университета, 2023. 210 с., 35 рис., 12 табл.
9. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. № 149(1). С. 80-89.
10. Щербаков П. Л. Эпидемиология инфекции *Helicobacter pylori* // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 1999. № 2. С. 8-11.

СЕКЦИЯ №8.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

СЕКЦИЯ №9.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ

СЕКЦИЯ №10.

ГИГИЕНА

СЕКЦИЯ №11.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

СЕКЦИЯ №12

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

**СЕКЦИЯ №13
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №14
КАРДИОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №15
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №16
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №17
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №18
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**

**СЕКЦИЯ №19
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ**

**СЕКЦИЯ №20
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**СЕКЦИЯ №21
МЕДИЦИНА ТРУДА**

**СЕКЦИЯ №22
НАРКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №23
НЕЙРОХИРУРГИЯ**

**СЕКЦИЯ №24
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ**

**СЕКЦИЯ №25
НЕФРОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №26
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

**СЕКЦИЯ №27
ОНКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №28
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

**СЕКЦИЯ №29
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №30
ПЕДИАТРИЯ**

**СЕКЦИЯ №31
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №32
ПСИХИАТРИЯ**

**СЕКЦИЯ №33
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №34
РЕВМАТОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №35
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ**

**СЕКЦИЯ №36
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ**

**СЕКЦИЯ №37
СТОМАТОЛОГИЯ**

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Волкова Л.Ю.

АУ «Городская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики

Во время беременности, как отмечают многие исследователи, увеличивается уровень интенсивности и распространенности кариеса зубов и заболеваний пародонта [1]. Уровень стоматологического здоровья женщины меняется с увеличением срока беременности и во многом определяется ее течением [2]. Отмечается рост хронических патологических процессов в полости рта, характерных для конкретного триместра беременности [1]. В период беременности ухудшение состояния твёрдых тканей зубов женщины обусловлено не только изменениями, происходящими в организме беременной в целом, но и с изменением микрофлоры полости рта, понижением резистентности эмали зуба к воздействию кислот. За счет изменения гормонального статуса при беременности происходит повышение вязкости слюны, что благоприятным образом сказывается на фиксации зубного налета. Неудовлетворительная гигиена полости рта является основной причиной хронических воспалительных заболеваний во рту, что в свою очередь приводит к скоплению в пародонтальных карманах анаэробной микрофлоры. Хронические воспалительные очаги в полости рта (как пораженные зубы, так и такни пародонта) являются стоматогенным очагом инфекции в организме беременной, патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности проникают во все органы и системы организма матери и ребенка, что может явиться причиной потери беременности [2, 3]. Общее состояние матери в большой степени влияет на антенатальные процессы закладки и развития всей зубочелюстной системы ребенка. Успехом антенатальной профилактики является своевременная санация полости рта беременной [3].

Вследствие особенностей течения у беременных женщин стоматологических заболеваний, их склонности к прогрессированию и обострению резко возрастает роль профилактических стоматологических

мероприятий в данный период. [1]. В связи с этим большое значение имеет разработка профилактических программ, которые позволят сохранить и укрепить здоровье беременной, а также провести антенатальную профилактику кариеса зубов у ребенка [2].

На базе АУ «Городская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии (г. Чебоксары) с 2019 по 2023 г.г. мною было проведено стоматологическое обследование женщин на различных сроках беременности. Был оценен гигиенический статус женщин в первом (46 человек), втором (44 человека) и третьем (42 человека) триместрах беременности и изменения в статусах на фоне стоматологических лечебно-профилактических мероприятий.

Оценка стоматологического статуса включала: заполнение зубной формулы (отсутствие зубов, наличие заболеваний твердых тканей зубов), фиксирование состояния пломб и имеющихся протезов, состояния тканей пародонта (цвет слизистой, рельеф маргинального края, наличие отека и/или кровоточивости десны). При наличии пародонтальных карманов определялась их глубина, наличие отделяемого, границы имеющегося поражения. Оценка гигиенического статуса определялась упрощенным индексом гигиены ИГР-У. Во время сбора анамнеза учитывались сведения о частоте чистки зубов, используемых средствах, профилактических посещениях стоматолога.

Длительная работа с пациентами убеждает, что важной задачей стоматолога при лечении и профилактике стоматологических заболеваний является мотивация, обучение и инструктаж пациента [1]. Приходится констатировать тот факт, что, несмотря на то, что вопросы санитарно-просветительной работы постоянно интересуют стоматологов, знания и навыки беременных женщин в данной области все еще находятся на недостаточном уровне. Так числовой показатель индекса ИГР-У на момент первичного обращения у 12 (26,08%) женщин в 1 триместре в среднем составлял $2,56 \pm 0,12$. Что свидетельствовало о плохой гигиене полости рта среди пациенток данной категории. По данным анамнеза женщины с данным гигиеническим статусом чистят зубы 1 раз в сутки, не используют флосс и ополаскиватель. Из 12 человек данной группы 2 женщины в возрасте 18–24 лет, 8 – в возрасте от 25 до 30 лет и 2 – в возрасте от 31 до 40 лет. У 18 (39,13 %) беременных женщин в 1 триместре наблюдался удовлетворительный уровень (среднее значение индекса $1,3 \pm 0,12$) гигиены полости рта (чистка зубов 1–2 раза в сутки, используют мануальную зубную щетку, редко используют зубную нить и ополаскиватель), 4 из беременных были в возрастной группе от 18 до 24 лет, 10 – в возрасте от 25 до 30 лет и 4 – в возрасте от 31 до 40 лет. 16 (34,7 %) беременных в 1 триместре чистят зубы не менее 2–3 раз в день, используют мануальную зубную щетку, зубную нить, ополаскиватель). Их среднее значение индекса ОНІ-S составило $0,6 \pm 0,11$, что свидетельствует о хорошей гигиене полости рта. 5 из этих женщин были в возрасте от 18 до 24 лет, 8 – в возрасте от 25 до 30 лет и 3 – в возрастной группе 31–40 лет.

Во втором триместре было обследовано 44 женщины, участвовавших в обследовании и в 1 триместре. В группе беременных, обратившихся во втором триместре повторно для завершения санации и/или профосмотра у 26 (59,09%) уровень гигиены в среднем составил $0,5 \pm 0,12$ (уровень гигиены хороший). Из 26 человек этой группы у 14 женщин, уровень гигиены был хорошим и в 1 триместре, и 12 беременных улучшили свои показатели с уровня «удовлетворительная гигиена» первого триместра до «хорошая гигиена». У 8 (40,9%) женщин, обратившихся повторно, уровень гигиены улучшился со значений «плохая гигиена» до «удовлетворительная гигиена», среднее значение индекса составило $1,3 \pm 0,11$.

В третьем триместре были обследованы 42 беременные женщины. Из них 32 женщины, участвовавшие в обследовании с первого триместра, и 6 женщин обратившихся с острой болью. Среднее значение индекса гигиены ИГР-У у 26 (81,25%) из 32-х ранее обследованных женщин составило $0,5 \pm 0,16$ (хорошая гигиена) и у 6 (18,75%) - удовлетворительный уровень гигиены (среднее значение индекса $1,8 \pm 0,12$). У женщин, обратившихся

с острой болью в третьем триместре, среднее значение индекса гигиены составило $15,2 \pm 0,12$ (плохой уровень гигиены).

Уровень стоматологических знаний все еще остается низким и связан с социальным и материальным уровнем, образованием, отсутствием мотивации для профилактики стоматологических заболеваний и гигиены полости рта и другими факторами. Однако данные проведенного анализа свидетельствуют, что улучшение показателей гигиены полости рта у беременных, прошедших стоматологические профилактические программы, эффективны и целесообразны. После комплексного лечения и просвещения женщин уровень знаний о гигиене полости рта повысился и, как итог, наблюдалось улучшение гигиенического состояния полости.

Для контроля за стоматологическим здоровьем беременных разработан комплекс мероприятий по ведению таких пациентов [4]:

1. Необходимость наблюдения и своевременной профилактики воспалительных заболеваний тканей пародонта в течение всей беременности.

2. Проведение комплексной профилактики, направленной на устранение основных звеньев патогенеза, целью которой является снижение распространённости заболеваний тканей пародонта и улучшение качества жизни пациенток.

3. Контроль и повышение навыков индивидуальной гигиены, возрастает значимость проведения профессиональной гигиены полости рта.

4. Направление врачами – акушерами-гинекологами беременных на плановые профилактические стоматологические осмотры на всех сроках беременности.

5. Привлечение консилиума при лечении беременных как из врачей-стоматологов разных специальностей, так и врачей общего профиля.

6. Контроль врачами – акушерами-гинекологами своевременного посещения стоматологических осмотров.

Данные мероприятия по междисциплинарному ведению женщин на разных сроках беременности позволит врачам-стоматологам не только улучшить гигиеническое состояние полости рта и стоматологическое здоровье беременных, но и как итог провести антенатальную профилактику плода.

Литература.

1. Епифанова Ю.В., Денисова Т.Г., Сидорова Т.Н., Денисова Е.А. и др. Роль гигиены полости рта в профилактике заболеваний полости рта у беременных. /Здравоохранение Чувашии. - № 2. – С. 103-115.
2. Левахина О.Б. Динамика изменений клинко-лабораторных показателей состояния органов и тканей полости рта женщин в период беременности./ Институт стоматологии. – 2006. - 3 (32). – С.90-93.
3. Лукашевич И.К., Горбунова И.Л. Оптимизация процесса профилактики кариеса зубов у женщин в период беременности./ Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2. – С.104-110.
4. Микляев С.В., Микляева И.А., Леонова О.М. и др. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных./ Актуальные проблемы медицины. – 2021. – №1 (Том 44). – С. 68-77.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Филиппова Е.С.

БУ «Ядринская центральная районная больница им. К.В. Волкова» Министерства здравоохранения Чувашской Республики

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения человек, возрастом от 60 до 74 лет, рассматривается как пожилой; 75 лет и старше – старые люди; возраст 90 лет и старше – долгожители. Увеличение доли пожилых и старых людей в структуре населения в мире, в том числе и в России, является одной из важнейших проблем современного здравоохранения [3]. Многочисленные работы по изучению стоматологического статуса и оказанию специализированной медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста демонстрируют значительную распространённость основных стоматологических заболеваний среди этой части населения, а также их высокую нуждаемость в терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологической помощи, с особым комплексным подходом, направленным на максимальное сохранение зубов с минимальным риском для общего здоровья [2].

В связи с изменениями строения зубов в целом и степенью минерализации твёрдых тканей у людей пожилого и старческого возраста лечение зубов у этой категории населения имеют свои особенности. Одним из внешних признаков старения является изменение окраски эмали от белого цвета к желто-коричневому, что объясняют изменениями со стороны пульпы, уменьшением слоя эмали и образованием значительного количества вторичного дентина [1]. В пульпе увеличивается количество фиброзных волокон, сужается полость зуба, что приводит к склерозированию и превращению её в плотную фиброзную ткань. Периодонтальная щель у пожилых пациентов суживается, что является следствием накопления цемента, который проникает через верхушечное отверстие в канал корня, что может приводить даже к увеличению длины канала. Так же в ряде научных публикаций отмечено, что верхушечный цемент утолщается и срастается с альвеолой [1]. Стираемость зубов является физиологическим процессом и с возрастом стираются прежде всего их окклюзионные поверхности зубов, что приводит к снижению высоты анатомических коронок, кроме того стираются контактные поверхности и происходит укорочение зубной дуги [1]. Происходит деформирование зубов при повышенной стираемости, коронки нередко приобретают разнообразную форму, при этом острые края травмируют слизистую оболочку языка, щек и губ [1]. У пожилых людей чаще, чем у молодых, наблюдают клиновидные дефекты. Помимо механических факторов, большую роль играет воздействие на эмаль пищевых кислот, лекарственных препаратов и различных производственных вредностей [3].

За период с 2017 по 2022 годы в стоматологическом отделении БУ «Ядринская ЦРБ» Минздрава Чувашии под моим наблюдением находилось 150 пациентов пожилого возраста и старше. У наблюдаемых пациентов были проведены диагностика и лечение: кариес - 178 зубов, осложнений кариеса – 60. Диагностика и лечение заболеваний твёрдых тканей зубов проводились согласно клиническим рекомендациям: Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе кариес зубов; Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе болезни пульпы зуба; Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе болезни периапикальных тканей.

Среди наблюдаемых пациентов наиболее часто встречался кариес в пришеечной области (52%, 92 случая кариеса), что является характерной чертой для лиц пожилого и старческого возраста [1]. Клиническое течение пришеечного кариозного процесса заключалось в кариозной полости, которая имеет широкий вход, неровные края, пигментированный дентин, диаметр полости больше её глубины, зондирование безболезненное.

Реакция на термические раздражители и зондирование кариозной полости, как правило, была безболезненная. У лиц пожилого возраста и старше диагностирование среднего и глубокого кариеса II и I класса по Блэку не вызывало затруднений (48%, 86 зубов). При среднем и глубоком кариесе полость в зубе характеризовалась широким входным отверстием с неровными краями. Стенки и дно данной полости пигментированы, шероховатые, ступенчатые. У лиц в возрасте 75 лет и старше болевые ощущения в зубах при неосложненном кариесе не отмечались.

В наблюдаемой группе пожилых пациентов по поводу осложненного кариеса были пролечены 46 зубов: по поводу пульпитов - 34 зубов (фиброзная форма - 88%, 30 зубов; гангренозная форма - 14 %, 4 зубов), периодонтитов - 11 зубов. У пожилых пациентов наблюдались все формы верхушечного периодонтита. В основном преобладал хронический фиброзный периодонтит (62%, 6 зубов), реже встречался хронический гранулирующий периодонтит (28%, 3 зуба). Среди пациентов старческого возраста обращений по поводу пульпита было меньше, так как у данных пациентов чаще наблюдается атрофия и склероз пульпы [1]. В данной группе были пролечены 14 зубов с хроническими формами пульпита в виде фиброзного (57%, 8 зубов) и гангренозного пульпита (29%, 4 зуба), 2 зуба (14%) - по поводу хронического фиброзного периодонтита.

Лечение кариеса у лиц пожилого возраста имеет некоторые особенности, касающиеся оперативной обработки кариозной полости, выбора пломбировочного материала и лекарственных средств.

Оперативная обработка проводится по этапам. Раскрытие полости осуществляется с помощью алмазных боров малых размеров, так как применение боров больших размеров может привести к отколу эмали. Дентин лучше обрабатывать твердосплавным бором со скоростью 3 000 – 6 000 оборотов в мин [2]. Пломбирование является наиболее распространенным методом, применяемым при лечении кариеса зубов. Но, не смотря на широкое использование современных пломбировочных материалов, частота нарушения краевого прилегания и выпадение пломб при данном виде кариеса остается высокой [1, 2]. Недопустимо оставление не только пигментированного, но даже измененного в цвете дентина близ края полости. Для контроля необходимо применить кариес-маркер (кариес-детектор): размягченный дентин окрашивается более интенсивно. В зубах у пожилых пациентов недопустимо превентивное расширение полости, так как оно способствует образованию трещин и создает угрозу отлома коронки. Края кариозной полости необходимо тщательно шлифовать алмазными головками.

Консервативное лечение пульпита у лиц пожилого возраста неприемлемо, лечение должно проводиться только хирургическими методами [2]. Выбор анестетика для местной анестезии необходимо проводить с учётом сопутствующей патологии, объёма предстоящего лечения. В герантологии препаратом выбора являются местные анестетики группы мепивакаина (мепивастезин, скандонест и др.) [2]. При раскрытии полости зуба желательно избегать иссечения заведомо хрупких тканей. Корневой канал нужно проходить поэтапно, предпочтение отдавать современным ручным эндодонтическим инструментам и ультразвуковой обработке. После витальной экстирпации корневые каналы пломбируют пастами на основе гидроокиси кальция или оксида цинка с эвгенолом. Пломбировочный материал не следует выводить за верхушечное отверстие.

Девитальную экстирпацию проводят с использованием паст, некротизирующих пульпу. У лиц старческого возраста в связи с отложением вторичного дентина значительно уменьшается высота коронковой части полости зуба, сужается просвет корневого канала, вплоть до облитерации, и методом выбора в данном случае является девитальная ампутация, т.к. экстирпация корневой пульпы не всегда выполнима [2]. После девитальной экстирпации пульпы корневые каналы пломбируют формалинсодержащими пастами, после ампутации на раневую поверхность накладывают пасту на основе гидроокиси кальция или оксида цинка с эвгенолом. Пломбирование корневых каналов особенностей не имеет.

При лечении периодонтита у пациентов пожилого возраста и старше важно сохранить каждый зуб. В ранее леченых по поводу осложнённого кариеса зубах в различной степени может быть разрушена коронка зуба, в корневых каналах можно обнаружить корневую пломбу, отломки стержневых инструментов. Необходимо оценивать целесообразность и возможность эндоканального лечения, учитывая факторы риска общесоматического состояния пожилого пациента.

Выводы. С увеличением количества жителей пожилого и старческого возраста потребность в стоматологической помощи значительно возрастает. Оказание стоматологической помощи данному контингенту больных должно проводиться с использованием методов и средств, адаптированных к возрастным особенностям и состоянию общей реактивности организма. Кариес зубов и его осложнения у лиц пожилого возраста и старше имеют характерные клинические проявления, некоторые особенности развития, что диктует необходимость в специальном подходе к диагностике, лечению и профилактике поражений зубов в этой возрастной группе.

Список литературы

1. Кравцова Ж.Е. Особенности строения зубов и патологических процессов, возникающих в них, у лиц пожилого и старческого возраста / Ж.Е. Кравцова, М.А. Звигинцев // Новые технологии создания и применения биокерамики в восстановительной медицине. – М., 2015. – С. 87-90.
2. Ковалёва М.С Потребность в терапевтической стоматологической помощи лицам герiatricкого возраста, проживающих в условиях геронтологического центра // Вестник Новгородского государственного университета.– 2006. – № 35. – С. 60 – 61.
3. Ярыгин В. Н. Руководство по геронтологии и гериатрии /В. Н. Ярыгин, М. Мелентьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Т. 4. – С. 257 – 274.

АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Иванова М.П.

БУ «Ядринская центральная районная больница им. К.В. Волкова» Министерства здравоохранения Чувашской Республики

Здоровье населения является одним из важнейших критериев благополучного развития общества. Несмотря на успехи, достигнутые в последнее десятилетие в стоматологии, вопрос о качественном эндодонтическом лечении до сих пор остается открытым. Многочисленные исследования, проведенные в самых разных уголках мира и посвященные оценке прогноза эндодонтического лечения, указывают на то, что, в общем и целом, благоприятный исход лечения наблюдается в 90% случаев. [1, 4]. Особенно актуально для РФ качество эндодонтического лечения осложнений кариеса зубов. На долю пульпита и периодонтита приходится более трети объёма стоматологических заболеваний у населения страны [2].

Современная концепция эндодонтического лечения в значительной степени определяется триадой факторов: эффективной механической очисткой, полноценной ирригацией корневых каналов, герметичной obturацией апикальной части и системы каналов [1, 3].

Для механической разработки и формирования канала врачи стоматологического отделения БУ «Ядринская ЦРБ» применяют различные системы как ручных, так и вращающихся никель-титановых файлов. Применение таких инструментов даёт возможность врачу произвести механическую обработку изогнутых корневых каналов, считавшихся прежде совершенно непроходимыми, не только быстро, но и качественно. В

результате значительно снижается риск осложнений после эндодонтического лечения. Однако необходимо отметить, что очень важно соблюдать правила и рекомендации по работе с той или иной системой. Механическая обработка корневого канала, согласно проведенным научным исследованиям, значительно избавляет от инфицированного дебриса, но не гарантирует стерильность канала [1]. Поэтому целью механической обработки, помимо механического удаления инфицированного дентина и распада пульпы, является подготовка пространства канала для облегчения антисептической обработки канала ирригантами. На орошение корневого канала возлагается важная функция по удалению дебриса, остатков пульповой ткани и микроорганизмов из сложно доступных участков корневого канала. Такая дезинфекция достигается за счёт ирригации системы корневого канала различными препаратами [1, 3].

Антисептики для обработки корневых каналов должны соответствовать определённым требованиям [1]: быть бактерицидным для микроорганизмов, находящихся в корневых каналах; быть безвредным для периапикальных тканей; не обладать сенсibiliзирующим действием и не вызывать появления резистентных форм микроорганизмов; оказывать быстрое действие и достаточно глубоко проникать в дентинные каналы; не терять свою эффективность в присутствии органических веществ; быть химически стойким и сохранять активность при продолжительном хранении. К сожалению, до настоящего времени в расположении стоматологов нет дезинфицирующего раствора, отвечающего всем этим требованиям.

На стоматологическом приёме в БУ «Ядринская ЦРБ» врачи-стоматологи применяют комбинацию антисептических растворов: натрия гипохлорита (NaOCl) с ЭДТА/Лимонной кислотой и хлоргексидина.

Согласно данным литературы, гипохлорит натрия является наиболее эффективным средством для антибактериальной обработки корневых каналов и считается «золотым стандартом» дезинфекции в эндодонтии [4]. Гипохлорит натрия обладает многими положительными свойствами: выраженным антимикробным и бактерицидным действием, растворяет органическое содержимое корневых каналов и имеет высокий уровень pH (11–12) [4]. В эндодонтии гипохлорит натрия используется в концентрации от 0,5% до 6%, каждая из которых обладает антибактериальной активностью [1]. Для максимальной дезинфекции системы корневого канала с помощью гипохлорита натрия необходимо применять его как минимум в течение 30 минут [1]. Для дезинфекции корневых каналов раствор гипохлорита натрия рекомендовано использовать поочерёдно с препаратами, которые растворяют неорганический компонент стенки корневого канала, поскольку он не способен убирать смазанный слой. Для этих целей врачи-стоматологи нашего отделения используют раствор и/или гель ЭДТА. Несмотря на недостаточную или незначительную антибактериальную активность, ЭДТА хорошо удаляет смазанный слой дентина, что способствует очистке и раскрытию дентинных канальцев для более качественной их ирригации и obturации [9]. Хлоргексидин является гидрофобным и липофильным антисептиком, который обладает антибактериальным действием по отношению к грамположительным и грамотрицательным бактериям, грибам, а также является низкотоксичным соединением, вследствие чего широко применяется в стоматологии. В своей практике мы используем 2% раствор хлоргексидина. □

Последним этапом эндодонтического лечения является полное, плотное и герметичное заполнение системы корневого канала [3]. Современная эндодонтия располагает широким спектром методик obturации системы корневых каналов, но предпочтение отдаётся комбинированным методикам пломбирования с использованием силеров и филеров. На стоматологическом приёме врачами-стоматологами нашего отделения obturация каналов проводится методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи. Использование данной методики позволяет герметично obturировать внутреннее пространство корневого канала, включая поднутрения, анастомозы между каналами, латеральные канальцы, апикальную дельту и обеспечивает долговечность пломбирования.

Немаловажным в работе врача-стоматолога является анализ отдаленных результатов (исходов) эндодонтического лечения. Для оценки качества эндодонтического лечения в стоматологическом отделении БУ «Ядринская ЦРБ» используются критерии результативности, рекомендованные СтАР [4]: «полное выздоровление» или «успех» – отсутствие клинических симптомов (боль, отёк, свищи), сохранение функции, рентгенологически определяемое нормальное состояние периодонтальной щели/рентгенологические признаки регенерации костной ткани; «неполное выздоровление» – отсутствие клинических симптомов и рентгенологически выявляемое уменьшение поражения периодонтальных тканей; «неуспех» – отсутствие клинических симптомов при рентгенологически сохранившейся исходной патологии верхушечного периодонта; «отсутствие выздоровления» или «неудачное лечение» – наличие/появление симптомов хронического периодонтита, отсутствие рентгенологических признаков уменьшения периапикального поражения или образование нового в верхушечном периодонте.

За период с 2018 по 2022 годы были проанализированы результаты проведенного мной эндодонтического лечения пациентов стоматологической отделения БУ «Ядринская ЦРБ» с хроническими формами апикального периодонтита однокорневых зубов (46 зуба). На диспансерном наблюдении находилось 35 пациента в возрасте от 25 до 43 лет (22 женщин и 13 мужчин). Результаты проведенной терапии оценивались через 6, 12 и 24 месяца на основе рентгенологической оценки качества obturации корневых каналов и клинико-рентгенологической характеристики периодонтального статуса в ближайшие и отдалённые сроки наблюдения.

Результаты лечения хронических форм апикального периодонтита через 6 месяцев после проведенной терапии показали, что жалобы у пациентов отсутствовали. «Полное выздоровление» или «успех» отмечался в 69,57% случаев. Отсутствие клинических симптомов и рентгенологически выявляемое уменьшение поражения периодонтальных тканей по критерию «неполное выздоровление» регистрировалось в 13,04% случаев. «Отсутствие выздоровления» – рентгенологически сохранившаяся исходная патология верхушечного периодонта, но без клинических симптомов – через 6 месяцев после лечения отмечалось у 17,39% диспансерных пациентов.

Через 12 месяцев после лечения рентгенологические признаки регенерации костной ткани («полное выздоровление» или «успех») отмечались в 86,9% случаев. Случаи «неполного выздоровления» уменьшились и составили 8,7%. Количество случаев «отсутствие выздоровления» - 6,52% .

Через 24 месяца результаты анализа показали, что критерий «полное выздоровление» или «успех» регистрируется в 93,48% случаев. Показатели критерия результативности «неполное выздоровление» составили 4,35%. Критерий «отсутствия выздоровления» - 2,17%.

Таким образом, клинико-рентгенологическая оценка эффективности проведенного лечения зубов свидетельствует о том, что реализации протокола эндодонтического лечения с применением врачом-стоматологом современного арсенала инструментов и материалов предотвращает развитие последующих осложнений и повышает качество стоматологической помощи пациентам.

Список литературы

1. Современные принципы эндодонтического лечения: учебно-методическое пособие / Г.Р. Рувинская, М.А. Ушакова – Казань: 2021.- 42 с.
2. Глухова Е.А., Межевикина Г.С. Клинико-лабораторное обоснование эффективности эндодонтического лечения. /Е.А. Глухова, Г.С. Межевикина //Наука молодых. - 2019. - № 2 (Том 7). - С. 294 - 300.
3. Дежурко-Король В.А. Клинико-лабораторное обоснование оптимизации протокола медикаментозной обработки корневых каналов при лечении хронического апикального периодонтита: автореферат дис. мед. наук. – М.: 2019. - 27 с.

4. Отчет о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества об основных показателях качества при эндодонтическом лечении // Эндодонтия today. – 2015. – № 1. – С. 3 – 12.

**ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЕЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ АКРИЛОВЫХ ЗУБОВ
ЛИТЫМИ НАКЛАДКАМИ. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

Салимов Т.М.¹, Зиганшина И. И.²

1 преподаватель стоматологии ортопедической, к.м.н.,

2 студент по специальности стоматология ортопедическая.

Протезирование зубов - это наука, ремесло и творчество. Сегодня перед стоматологами уже не стоит проблема, как восстановить разрушенный зуб или зубной ряд. Современные технологии, позволяют воссоздать красивую и естественную улыбку.

Лечение пластиночными съёмными протезами существенно улучшает качество жизни пациентов с частичным или полным отсутствием зубов. Но довольно быстрый износ съёмных пластиночных протезов приводит к потере жевательной эффективности, вертикального размера зубов, а со временем – к дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Чаще всего для изготовления съёмных протезов применяются стандартные зубы из пластмассы. Производятся они из акрилового полимера и монолитно соединяются с пластмассой базиса, поскольку имеют с ней общую химическую природу. Акриловые зубы имеют свои достоинства и недостатки. Они по внешнему виду похожи на естественные зубы, дешевле и доступнее других. Обеспечивают химическое соединение с базисом, не вызывают внутренних напряжений, хорошо притачиваются, шлифуются и полируются. Притираясь после вставления протеза, быстро создают наилучшие окклюзионные взаимоотношения.

Но на сегодняшний день срок эксплуатации съёмных пластиночных протезов с акриловыми зубами не превышает 4-х лет. Это связано с тем, что пластмассовые зубы имеют один очень большой и значимый недостаток – это повышенная стираемость. Быстрая стираемость приводит к снижению высоты прикуса, что может спровоцировать развитие артрозов и артритов. **Стираемость** - это процесс стачивания режущего края, бугров и фиссур зубами антагонистами.

Стираемость акриловых зубов обычно увеличивается при наличии парафункции (нецелесообразная деятельность жевательных мышц, выражающаяся в самопроизвольных привычных движениях нижней челюсти или сжатии зубов, не связанных с жеванием, глотанием, речью и другими естественными актами).

Стираемость искусственных зубов на съёмных протезах приводит к постепенному уменьшению их вертикального размера, что вызывает укорочение нижнего отдела лица.

Стирание акриловых зубов объясняется наличием нескольких возможных на то причин:

- стачивание их при постановке;
- неправильная полировка, коррекция окклюзии или энергичная чистка зубной щеткой протеза приводят к стиранию всех поверхностей зубов и даже базиса;
- наличие естественных антагонистов или протезов, зубы которых сделаны из более твердых материалов (металлические, фарфоровые);

- у пациентов, привыкших курить трубку, образуются овальные щели между верхними и нижними зубами, а у лиц, любящих жевать твердые конфеты, такие же щели возникают в результате стираемости жевательных зубов;

- стирание жевательной поверхности еще более увеличивается при бруксизме в самых различных его формах. Постукивание или щелканье зубами также вызывает износ зубов в отдельных участках и, как следствие, нарушение окклюзии.

У зубных протезов с высокой вероятностью стирания акриловых зубов рекомендуется применение альтернативных материалов с оптимальным сопротивлением износу для сохранения вертикального размера прикуса в процессе длительной клинической службы реставрации. В качестве одного из вариантов лечения пациентов, относящихся к группе высокого риска стирания зубов, была предложена индивидуализация поверхностей окклюзии акриловых зубов литыми накладками из благородных металлов, что не только может повысить устойчивость к стиранию искусственных зубов съемного протеза, но и увеличить клиническую долговечность реставрации.

Литые накладки лучше всего изготавливать из золота или золотосодержащих сплавов, поскольку они имеют ряд преимуществ: легко отливаются, хорошо полируются, долговечны, химически инертны. А также твердость золота сравнима с твердостью эмали естественного зуба, поэтому, используя данный металл, мы устраняем повышенную нагрузку на слизистую оболочку, что наблюдается при использовании твердого металла, например КХС (рис.1).



Рисунок 1. – Съемный протез верхней челюсти с индивидуализацией поверхностей окклюзии акриловых передних зубов литыми золотыми накладками.

Сплавы из благородных материалов обладают хорошими технологическими свойствами, устойчивы к коррозии, прочны, токсикологически инертны. К ним реже, чем к другим металлам, проявляется идиосинкразия. Чистое золото - мягкий металл. Для повышения упругости и твердости в его состав добавляются так называемые лигатурные металлы - медь, серебро, платина.

Существует несколько способов соединения литой накладки с пластмассой. Например, с помощью само - или светоотверждаемых материалов. Однако мы рекомендуем авторскую методику создания специальных ретенционных элементов в литой накладке. Моделирование производится таким образом, чтобы добиться прочного соединения с пластмассой. Приступаем к моделированию восковой конструкции окклюзионной поверхности зубов для литья по формоденту. Расплавленным воском заполняем на половину высоты формодента. Моделирование восковой конструкции окклюзионной поверхности зубов производим так, чтобы добиться прочного соединения с пластмассой. Для этого был разработан новый конструктивный метод

соединения пластмассы с металлом, в которую входят центральный штифт и металлическое ребро с апроксимальной стороны. С помощью этих конструктивных особенностей пластмасса прочно соединится с металлом и усиливается сопротивляемость соединения жевательному давлению.



Рисунок

2,3 - Восковая конструкция окклюзионной поверхности

Материалы, формирующие поверхность окклюзии зубов заслуживают серьезного рассмотрения врачом-ортопедом. Выбор материала должен быть осуществлен на базе сохранения достигнутого вертикального размера окклюзии, позитивного запланированного контакта жевательных зубов и обеспечения минимального стирания поверхностей окклюзии. Использование золотых окклюзионных накладок позволит повысить эффективность проведенной ортопедической реабилитации. Поверхности окклюзии можно точно заместить золотом, независимо от их формы или типа протезных зубов (рис.4,5).



Рисунок 4,5 - Готовый протез

Предложенная здесь технология обеспечит ряд преимуществ, включая более высокую, чем у акриловых зубов, устойчивость к стиранию, прекрасную совместимость с функцией, независимо от поверхностей окклюзии зубов-антагонистов – натуральных, золотых, акриловых или фарфоровых. Эффективный метод формирования металлических поверхностей окклюзии можно применить в качестве альтернативного варианта лечения для удлинения срока клинической службы зубных протезов с акриловыми зубами. Несмотря на то, что эта техника связана со значительными затратами времени и удорожанием работы, повышенная устойчивость протезных зубов к разрушению позволит прогнозировать успешный клинический результат и повышение долговечности реставрации.

Список использованной литературы.

1. Артюнов С.Д. Зубопротезная техника : учебник / под ред. М.М. Расулова, Т.И. Ибрагимова, И.Ю. Лебедева. -2-е изд., испр. и доп. –Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -384 с.

2. Garcia-Gazauí Sabrina, Razzoog Michael, Saglik Berna, Sierraalta Marianella Назад к основам: золотые поверхности окклюзии для несъемных полных протезов //Зубной техник №2 – 2016.

СЕКЦИЯ №38 СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ №39 ТОКСИКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ №40 ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СТУДЕНТОВ ВУЗА

Виндерлих М.Е.

Марийский государственный университет, г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл, Россия

В последние годы показатели здоровья студентов имеют неблагоприятные тенденции, проявляющиеся ростом хронических заболеваний и снижением количества здоровой молодежи. Большому риску формирования патологий особенно подвержены студенты медицинских специальностей, так как они испытывают умственное и психоэмоциональное напряжение в 2 раза больше студентов технических специальностей, постоянные стрессы от сдачи экзаменов и зачетов, большинство имеют недостаточную материальную обеспеченность и вынуждены совмещать учебу с работой, при этом нарушается режим труда, отдыха и питания [1,2,3,4].

В структуре хронической патологии среди студентов вузов заболевания костно-мышечной системы занимают 2 место. Согласно проведенным исследованиям [2] 1/5 студентов всех вузов имеют заболевания опорно-двигательного аппарата в виде нарушения осанки, сколиотической деформации позвоночника, плоскостопия. Кроме этого молодое поколение имеет низкий уровень физической активности при доступности и обеспеченности практически всех вузов физкультурно-оздоровительными комплексами [2]. Именно низкий уровень физической активности связан с распространенностью и прогрессированием ортопедической патологии, нарушающей функции внутренних органов и приводящей к инвалидности. В связи с этим остается актуальным изучение нарушений опорно-двигательного аппарата у студентов медицинских вузов и осуществление реализации программ по здоровому образу жизни, так как по окончании вуза от них будет зависеть здоровье наших граждан.

Цель исследования: изучить распространенность нарушений опорно-двигательного аппарата и их связь с физической активностью у студентов старших курсов медицинского института.

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали на добровольной основе студенты 5-6 курсов медицинского института Марийского государственного университета. Проведено обследование 145 студентов, 86 девушек (59,3%) и 59 юношей (40,7%), средний возраст $24 \pm 2,4$ лет.

Для сбора данных применяли специально разработанную анкету, включающую, кроме демографических характеристик (пол, возраст, вес, рост и т.д.), вопросы по оценке физической активности и качеству жизни студентов. Обследование включало проведение соматоскопии с измерением массы тела и роста каждого студента с расчетом индекса массы тела. Индекс массы тела рассчитывался по формуле: M/L^2 , где M- масса тела(кг), L- длина тела (м). Оценка индекса массы тела: недостаток массы тела 16-17,9; норма ИМТ 18,0 – 24,9;

избыток массы тела(предожирение) 25-29,9; ожирение 1-ой степени 30 - 34,9; ожирение 2-ой степени 35 – 39,9; ожирение 3-ой степени >40.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ Microsoft Excel и Statistics 12. Результаты исследования приведены в виде средней арифметической и стандартного отклонения ($X_i \pm SD$). Для оценки корреляции между нарушениями опорно-двигательного аппарата, уровнем физической активности и другими показателями использовали критерий Хи-квадрат и t. Статистически значимыми результатами считали при значениях t-критерия Стьюдента $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Нарушения опорно-двигательного аппарата определяются как напряжение костно-мышечной системы, при этом человека беспокоят боли в шее, руках, пояснице, суставах нижних конечностей. Из всех студентов 64,1 % (93 чел.) испытывали боль в спине последние 6 месяцев и 51,9%(80 чел.) в течение последнего месяца. Наиболее часто испытывали студенты головную боль 85,5% (124), боль в поясничном отделе 54,5% (79), боль в шее 24,8% (36). Боль в спине ограничивала выполнение работы по дому у 28 (20,7%) студентов. Выявлен низкий уровень физической активности у 27,1% (29) студентов с болями, умеренный уровень у 53,3%(57), высокий уровень физической активности у 19,6%(21) студентов. При этом определена значительная корреляционная связь между болью в течение последних 6 месяцев и уровнем физической активности ($\chi^2=14,469$; $p<0,001$)

Проведенное исследование позволило выявить у студентов вуза следующие клинические симптомы нарушений опорно-двигательного аппарата (таб.1).

Таблица 1

Распространенность клинических симптомов нарушений опорно-двигательного аппарата у студентов по полу

Симптомы	Абсол. кол-во, n	%	Пол	
			Мужчины	Женщины
			n (%)	n (%)
Боли в шее	36	24,8	12(33,3%)	24(66,6%)
Боли в грудном отделе	26	19,3	12(46,2%)	14(53,8%)
Боли в поясничном отделе	79	58,5	49(62%)	30(38%)
Боли в тазобедренном, коленном суставах	45	33,3	19(42,2%)	26(57,8%)
Боли в стопах	35	25,9	16(45,7%)	19(54,3%)

По данным таблицы 1 у мужчин преобладали боли в поясничном отделе позвоночника. Мы считаем, что это связано с тем, что юноши-студенты испытывают тяжелые статические физические нагрузки на позвоночник, подрабатывая во время учебы грузчиками на стройках, водителями и т.д. Боли в шее (66,65%), в грудном отделе позвоночника (53,8%), в коленных и тазобедренных суставах (57,8%), в стопах (54,3%) преобладали у девушек-студенток.

При проведении соматоскопии средний показатель массы тела составил $59,0 \pm 14,03$ кг, средний показатель индекса массы тела $21,0 \pm 3,4$. Болевой синдром в течение 6 месяцев выявлен у 20 (18,7%) студентов с избыточной массой тела и ожирением I-III степени, у 65(60,8%) студентов с нормальным индексом массы тела, у 22(20,8%) студентов с недостатком веса. Данный факт объясняется отсутствием мышечного корсета, удерживающего позвоночник, по причине низкой физической активности при дефиците или избытке массы

тела. При этом выявлена значительная корреляционная связь между болью и индексом массы тела ($\chi^2=7,934$; $p=0,048$).

Согласно данным таблицы 2 выявлена значимая достоверная связь между болями в грудном, поясничном отделах позвоночника, головными болями с умеренным уровнем физической активности.

Таблица 2

Связь между головными болями, болями в грудном, поясничном отделах позвоночника с уровнем физической активности

Уровень физической активности	Головные боли		χ^2	P
	Да	Нет		
Низкий	28 (22,6%)	3 (14,3%)	32,563*	<0,001*
Умеренный	65 (52,4%)	10 (47,6%)		
Высокий	31 (25,0%)	8 (38,1%)		
	Боли в ГОП		7,190*	0,028*
Низкий	10 (38,4%)	21 (17,6%)		
Умеренный	8 (30,8%)	67 (56,3%)		
Высокий	8 (30,8%)	31 (26,1%)		
	Боли в ПОП		12,184*	0,003*
Низкий	25 (31,7%)	9 (13,7%)		
Умеренный	41 (51,8%)	31 (46,9%)		
Высокий	13 (16,5%)	26 (39,4%)		

Таким образом мы обнаружили, что клинические симптомы нарушений опорно-двигательного аппарата имели 64,1 % студентов. Выявлена наиболее частая локализация болей: поясничный отдел (58,5%), коленные и тазобедренные суставы (33,3%), грудной отдел (19,3%), головные боли (85,5%), при этом болевой синдром чаще встречается у девушек. По результатам исследования мы обнаружили, что студенты с умеренным уровнем физической активности составили наибольшую группу с выраженным болевым синдромом в течение 6 месяцев. Это объясняется тем, что студенты предпочитают занятия фитнесом и силовыми видами спорта, хотя при нарушениях опорно-двигательного аппарата рекомендованы плавание, йога, стрейчинг и др. Данный факт свидетельствует о том, что не только физическая активность влияет на развитие нарушений опорно-двигательного аппарата, но и другие факторы, такие как постоянные стрессы, неправильное питание, вредные привычки и т.д. В связи с этим необходимо внедрять в медицинских вузах здоровьесберегающие технологии для формирования культуры здоровья студентов с учетом их индивидуальных особенностей и потребностей.

Список литературы

1. Войт Л. Н., Чердниченко О.А. Анализ здоровья и элементов образа жизни студентов медицинского вуза по данным социологического исследования // Амурский медицинский журнал. 2017; 1 (17): 61-63.
2. Глыбочко П.В., Есауленко И.Э., Попов В.И., Петрова Т.Н. Здоровье студентов медицинских вузов России: проблемы и пути их решения // Сеченовский вестник. 2017; 2(28): 4–11
3. Есауленко И.Э., Попов В.И., Петрова Т.Н. Опыт организации здоровьесберегающей образовательной среды в вузе // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2014; 58: 23–29.
4. Кобыляцкая И.А., Осыкина А.С., Шкатова Е.Ю. Состояние здоровья студенческой молодежи // Успехи современного естествознания. 2015; 5: 74-75; URL: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=35103>

**СЕКЦИЯ №41
ТРАНПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ**

**СЕКЦИЯ №42
УРОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №43
ФТИЗИАТРИЯ**

**СЕКЦИЯ №44
ХИРУРГИЯ**

**ГАЗОВЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ:
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ**

Медведев К.В.^{1,3}, Борта К.Е.¹, Гусев^{1,4}, Протченков М.А.^{2,3}

¹ СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина»

² Городская больница №26

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России

⁴ ВМедА им. С.М. Кирова

Санкт-Петербург, Россия

Введение

С момента начала пандемии Новой коронавирусной инфекции (НКВИ) прошло чуть более трех лет, за это время были выработаны и неоднократно пересмотрены клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике вирусной инфекции. Однако фактор высокой мутагенности вируса SARS-CoV-2, а также вариабельность клинической картины повлекли за собой развитие широкого спектра осложнений, которые ранее редко попадали в поле зрения каждодневной профессиональной деятельности врачей. Рассматривая такое осложнение как газовый синдром, следует отметить, что развитие его совсем не ново. Воздушный синдром является осложнением достаточно большого перечня заболеваний: и островоспалительных, и хронических, поэтому факт его развития при НКВИ вначале рассматривался недостаточно пристально. Однако с течением времени начали появляться исследования, сообщающие о высокой частоте встречаемости данного осложнения, а также о влиянии его на тяжесть течения заболевания и выживаемость. Так, в исследовании, проведенном Ekanem et al., приводилась статическая обработка данных 1619 пациентов, перенесших COVID-19, среди которых в 1,4% случаев был зарегистрирован пневмоторакс. [1] При этом в исследовании, проведенном Migó et al., указывалось, что доля пневмоторакса среди всех пациентов, прошедших через (71904 пациентов), составила всего 0,056%. [2] Наиболее часто газовый синдром как осложнение НКВИ встречался в исследовании McGuinness et al., где оценивалась частота развития баротравмы на фоне инвазивной вентиляции легких. Доля развития пневмоторакса в данном случае составила 9% от общего числа больных (601 пациент). [3] Суть вышеперечисленных исследований сводится к необходимости построения прямой причинно-следственной связи между течением НКВИ и развитием газового синдрома, однако предикторы развития воздушного синдрома изучаются по настоящее время.

Цель исследования

Проанализировать частоту встречаемости газового синдрома как осложнения НКВИ, динамику и особенности течения.

Материалы и методы

За период с 01.04.2020 по 01.01.2023 в СПб ГБУЗ «Больница Боткина» пролечено 48019 пациента с подтвержденным диагнозом НКВИ. По результатам произведенного ретроспективного анализа историй болезни пациентов с положительными результатами ПЦР-тестов, взятых из зева и носоглотки, выявлено: у 153 пациентов – инструментально подтвержденный пневмомедиастинум, у 156 – пневмоторакс, у 32 – спонтанная эмфизема шеи, у 8 – пневмоперитонеум, у 3 – эмфизема забрюшинного пространства. При этом сочетанное поражение в виде пневмоторакс+пневмомедиастинум – 21 пациент, пневмоторакс+пневмомедиастинум+эмфизема шеи – 16 пациентов, пневмоторакс+пневмомедиастинум+эмфизема шеи+эмфизема забрюшинного пространства – 1 пациент.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно международной классификации возраста ВОЗ от 2020г. больные распределялись следующим образом (см. таблицу №1).

Таблица №1. Распределение больных по возрастному признаку [5].

Возраст	Молодой (18-44 лет)	Средний (45-59 лет)	Пожилой (60-74 лет)	Старческий (75-90 лет)	Долгожители (старше 90 лет)
Количество больных	180 (61%)	47 (16%)	42 (14%)	22 (8%)	4 (1%)

Газовый синдром как осложнение НКВИ на протяжении всего периода наблюдения наиболее часто встречался в молодой возрастной группе – пациенты от 18 до 44 лет (61%).

Одной из особенностей течения газового синдрома при коронавирусной инфекции являлось развитие его на поздних сроках болезни – более 15 суток от момента начала заболевания – 165 пациентов (62%), в то время как на первые сутки болезни (1-3 сутки) газовый синдром диагностирован у 13 пациентов (4% от общего числа больных) (см. таблицу №2).

Таблица №2. Распределение больных по времени возникновения газового синдрома.

Время возникновения	1-3 сутки	4-7 сутки	8-14 сутки	15-21 сутки	Более 22 суток
Количество больных	13 (4%)	32 (11%)	85 (29%)	119 (40%)	46 (16%)

Оценить выраженность развития газового синдрома наиболее точно возможно по объему свободного воздуха в плевральной полости и степени коллабирования легкого. При коронавирусной инфекции объем свободного газа в плевральной полости в большей части случаев составлял более 1/2 – 62 пациента (40%). Апикальный пневмоторакс наблюдался у 17 пациентов (11%), пневмоторакс 1/4-1/2 – 77 пациентов (49%).

Согласно классификации по объему пневмоторакса от общего объема плевральной полости пациенты распределились следующим образом (см. таблицу №3).

Таблица №3. Распределение больных по объему пневмоторакса [4].

Объем пневмоторакса	апикальный	1/4 – 1/3	1/3 – 1/2	1/2 – 2/3	тотальный
Количество больных	17 (11%)	32 (20%)	45 (29%)	42 (27%)	20 (13%)

Еще одной отличительной чертой газового синдрома явилось его развитие не только на фоне воспалительного поражения легочной ткани, но и при течении по типу острой респираторной вирусной инфекции.

Таблица №4. Распределение больных с пневмотораксом в зависимости от объема поражения легочной ткани.

Объем поражения легочной ткани	ОРВИ	Rg/КТ-1	Rg/КТ-2	Rg/КТ-3/тотальное поражение
Количество больных	30 (19%)	33 (21%)	55 (35%)	38 (25%)

У больных с течением НКВИ по типу пневмонии пневмоторакс диагностирован 81% случаев

Таблица №4. Распределение больных с газовым синдромом в зависимости от объема поражения легочной ткани.

Объем поражения легочной ткани	ОРВИ	Rg/КТ-1	Rg/КТ-2	Rg/КТ-3	тотальное поражение- «опеченение»
Количество больных	59 (20%)	54 (23%)	101 (43%)	64 (27%)	17 (7%)

У больных с течением НКВИ по острой респираторной инфекции газовый синдром развился в 20% случаев (59 пациентов) и в 80% случаев (236 пациентов) при течении по типу пневмонии.

Большая часть случаев газового синдрома потребовала хирургического лечения. Так, было осуществлено дренирование плевральной полости у 139 пациентов из 156, средостения у 73 пациентов из 153, эмфиземы шеи у 15 пациентов, забрюшинного пространства у 2 пациентов, брюшной полости у 3 пациентов. В случае сочетанного поражения (суммарно 38 пациентов) у всех пациентов была задренирована по Бюлау плевральная полость, дренирование средостения было осуществлено у 16 пациентов, эмфиземы шеи – 8 пациентов, забрюшинного пространства – 1 пациент, брюшной полости – 1 пациента.

Выводы

1. Газовый синдром среди больных с НКВИ с наибольшей частотой встречается в молодом возрасте.
2. Среди наблюдаемых больных в 13% случаев встречалось сочетанное поражение: сочетание пневмоторакса с пневмомедиастинумом, эмфиземой шеи, эмфиземой забрюшинного пространства, свободным газом в брюшной полости.
3. Газовый синдром развивается на поздних сроках течения НКВИ.
4. Для газового синдрома при НКВИ характерно развитие не только при поражении легочной паренхимы, но и при течении инфекции по типу острой респираторной вирусной инфекции.
5. В большей части случаев при газовом синдроме необходимо хирургическое вмешательство.

Список литературы

1. Ekanem E., Podder S., Donthi N., Bakhshi H., Stodghill J., Khandhar S., Mahajan A., Desai M. Spontaneous pneumothorax: An emerging complication of COVID-19 pneumonia. Heart & Lung 2021; 50(3): 437-440. doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.01.020
2. Miró Ò., Llorens P., Jiménez S., Piñera P., Burillo-Putze G., Martín A., García E., Jacob J., Alquézar A., Mòdol J. ... Amez J. M. F. Frequency, risk factors, clinical characteristics, and outcomes of spontaneous pneumothorax in patients with coronavirus disease 2019: a case-control, emergency medicine-based multicenter study. Chest 2021; 159(3): 1241-1255. doi.org/10.1016/j.chest.2020.11.013

3. McGuinness G., Zhan C., Rosenberg N., Azour L., Wickstrom M., Mason D. M., Thomas K. M., Moore W. H. Increased incidence of barotrauma in patients with COVID-19 on invasive mechanical ventilation. Radiology 2020; 297(2): 252-262. doi.org/10.1148/radiol.2020202352
4. Жестков К.Г., Барский Б.Г., Атюков М.А. Национальные клинические рекомендации по лечению спонтанного пневмоторакса. М, 2017; 10-15
5. Семьдесят третья сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения от 05.05.2020
6. [www document]. URL <https://healthperfect.ru/voznrastnye-kategorii-lyudey.html>

**СЕКЦИЯ №45
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №46
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №47
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА**

**СЕКЦИЯ №48
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

**СЕКЦИЯ №49
ОРГАНИЗАЦИЯ АРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА**

**СЕКЦИЯ №50
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ**

**СЕКЦИЯ №51
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

**СЕКЦИЯ №52
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ**

**СЕКЦИЯ №53
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ**

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2023 ГОД

Январь 2023г.

X Международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы медицины в современных условиях**», г. Санкт-Петербург

Прием статей для публикации: до 1 января 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 февраля 2023г.

Февраль 2023г.

X Международная научно-практическая конференция «**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**», г. Новосибирск

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 марта 2023г.

Март 2023г.

X Международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы современной медицины**», г. Екатеринбург

Прием статей для публикации: до 1 марта 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 апреля 2023г.

Апрель 2023г.

X Международная научно-практическая конференция «**Актуальные проблемы и достижения в медицине**», г. Самара

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 мая 2023г.

Май 2023 г.

X Международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы и перспективы развития медицины**», г. Омск

Прием статей для публикации: до 1 мая 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июня 2023г.

Июнь 2023 г.

X Международная научно-практическая конференция «**Проблемы медицины в современных условиях**», г. Казань

Прием статей для публикации: до 1 июня 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июля 2023г.

Июль 2023 г.

X Международная научно-практическая конференция «**О некоторых вопросах и проблемах современной медицины**», г. Челябинск

Прием статей для публикации: до 1 июля 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 августа 2023г.

Август 2023 г.

Х Международная научно-практическая конференция «**Информационные технологии в медицине и фармакологии**», г. Ростов-на-Дону

Прием статей для публикации: до 1 августа 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 сентября 2023г.

Сентябрь 2023 г.

Х Международная научно-практическая конференция «**Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития**», г. Уфа

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 октября 2023г.

Октябрь 2023г.

Х Международная научно-практическая конференция «**Основные проблемы в современной медицине**», г. Волгоград

Прием статей для публикации: до 1 октября 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 ноября 2023г.

Ноябрь 2023 г.

Х Международная научно-практическая конференция «**Проблемы современной медицины: актуальные вопросы**», г. Красноярск

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 декабря 2023г.

Декабрь 2023 г.

Х Международная научно-практическая конференция «**Перспективы развития современной медицины**», г. Воронеж

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2023г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2024г.

С более подробной информацией о международных научно-практических конференциях можно ознакомиться на официальном сайте Инновационного центра развития образования и науки www.izron.ru (раздел «Медицина и фармакология»).

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



Актуальные вопросы современной медицины

Выпуск X

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 марта 2023 г.)**

г. Екатеринбург

2023 г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Издатель Инновационный центр развития образования и науки (ИЦРОН),
603086, г. Нижний Новгород, ул. Мурашкинская, д. 7.

Подписано в печать 11.03.2023.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 1,88
Тираж 250 экз. Заказ № 030.

Отпечатано по заказу ИЦРОН в ООО «Ареал»
603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 58.